

2022

# Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme



SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU   
STATENS INSTITUT FOR  
FOLKESUNDHED

## **Sygdomsbyrden i Danmark**

— sygdomme

© Sundhedsstyrelsen, 2022.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Isabelle Mairey, Siri Rosenkilde, Marie Borring Klitgaard og Lau Caspar Thygesen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.

### **Udgiver:**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### **Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:**

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved  
Isabelle Mairey, Siri Rosenkilde, Marie Borring Klitgaard og Lau Caspar Thygesen

### **Internt review:**

Annette Kjær Ersbøll og Ola Ekholm,  
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

### **Emneord**

Sygdomsbyrde, ekstra byrde, folkesundhed, Danmark, eksisterende tilfælde, nye tilfælde, dødsfald, indlæggelser, ambulans kontakt, praksissektor, førtidspension, sygefravær, omkostninger i sundhedsvæsenet, medicin, hjemmehjælp, produktionstab, social ulighed

Version: 1.0

Versionsdato: 21.12.2022.

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Lars Wittrock og Joakim Rode for Sundhedsstyrelsen

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-483-4

ISBN trykt udgave: 978-87-7014-484-1

December 2022



Miljømærket tryksag  
5041 0751

# Forord

Arbejdet for at nå sundhed for alle i Danmark kræver viden om befolkningens sundhedstilstand og om sundhedsadfærd som fx rygning og fysisk inaktivitet, der kan lede til sygdom.

I denne rapport beskrives sygdomsbyrden af udvalgte sygdomme, set på samfundsniveau. Den enkelte borger kan opleve at have mange kontakter til sundhedsvæsenet, fx til sin læge og på sygehusene. Det kan også være, at vedkommende bliver langtidssygemeldt, bliver tilkendt førtidspension eller ultimativt dør af sin sygdom. For samfundet har det betydning for efterspørgslen på sundhedsydelse, pensioner mv., ligesom sygdom og tidlig død har samfundsøkonomiske konsekvenser.

I rapporten beskrives betydningen for samfundet af 15 sygdomme, der er udvalgt fordi de har vist at have en væsentlig betydning for sundhedstilstanden i det globale sygdomsbyrdestudie (Global Burden of Disease, 2019), fordi der er nogen mulighed for forebyggelse, og fordi der er adgang til data.

Mere end en fjerdedel af befolkningen på 16 år og derover har to eller flere af de 15 sygdomme. Fordelingen af sygdomme er skævt fordelt i samfundet og på tværs af sociale skel. Det samme billede ses ved, hvem der er langtidssygemeldte, tilkendes førtidspension og dør tidligt af deres sygdom. Det er tydeligt, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i vores samfund, og det betyder, at nogle befolkningsgrupper har særlige behov for sundhedsfremmende indsatser og andre typer af sundhedsindsatser.

Jeg vil gerne takke Statens Institut for Folkesundhed for det store arbejde med at udarbejde rapporten og ekspertgruppen for faglig sparring.

Vi håber, at rapporten vil blive flittigt benyttet i de kommende år.

**Steen Dalsgård Jespersen**

Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen



# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Ekspertgruppe og eksterne reviewere</b> .....	<b>8</b>
<b>Forkortelser og grundlæggende begreber</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Sammenfatning</b> .....	<b>13</b>
1.1 Byrdemål.....	14
1.2 Social ulighed.....	36
<b>2. Baggrund</b> .....	<b>56</b>
2.1 Formål.....	57
2.2 De udvalgte sygdomme.....	57
2.3 De udvalgte sygdomsbyrdemål.....	58
2.4 Referencer.....	59
<b>3. Læsevejledning</b> .....	<b>62</b>
3.1 Tabeller.....	62
3.2 Kommentering.....	66
<b>4. Metode</b> .....	<b>70</b>
4.1 Udvalgte sygdomme.....	70
4.2 Periode og population.....	71
4.3 Opgørelsesmetode.....	71
4.4 Sygdomsbyrdemål.....	72
4.5 Referencer.....	72
<b>5. Lungekræft</b> .....	<b>80</b>
5.1 Forekomst af lungekræft.....	81
5.2 Lungekræft og dødelighed.....	83
5.3 Lungekræft og planlagte og akutte indlæggelser.....	85
5.4 Lungekræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	87
5.5 Lungekræft og praksissektor.....	90
5.6 Lungekræft og langvarigt sygefravær.....	92
5.7 Lungekræft og nytilkendte førtidspensioner.....	93
5.8 Lungekræft og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	95
5.9 Lungekræft og produktionstab.....	96
5.10 Referencer.....	97
<b>6. Brystkræft</b> .....	<b>100</b>
6.1 Forekomst af brystkræft.....	101
6.2 Brystkræft og dødelighed.....	103
6.3 Brystkræft og planlagte og akutte indlæggelser.....	105
6.4 Brystkræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	108
6.5 Brystkræft og praksissektor.....	112
6.6 Brystkræft og langvarigt sygefravær.....	114
6.7 Brystkræft og nytilkendte førtidspensioner.....	115
6.8 Brystkræft og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	117
6.9 Brystkræft og produktionstab.....	118
6.10 Referencer.....	119

<b>7. Tyk- og endetarmskræft</b> .....	<b>122</b>
7.1 Forekomst af tyk- og endetarmskræft.....	123
7.2 Tyk- og endetarmskræft og dødelighed.....	125
7.3 Tyk- og endetarmskræft og planlagte og akutte indlæggelser.....	127
7.4 Tyk- og endetarmskræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	130
7.5 Tyk- og endetarmskræft og praksissektor.....	134
7.6 Tyk- og endetarmskræft og langvarigt sygefravær.....	136
7.7 Tyk- og endetarmskræft og nytilkendte førtidspensioner.....	137
7.8 Tyk- og endetarmskræft og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	139
7.9 Tyk- og endetarmskræft og produktionstab.....	140
7.10 Referencer.....	141
<b>8. Type 2-diabetes</b> .....	<b>144</b>
8.1 Forekomst af type 2-diabetes.....	146
8.2 Type 2-diabetes og dødelighed.....	148
8.3 Type 2-diabetes og planlagte og akutte indlæggelser.....	150
8.4 Type 2-diabetes og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	154
8.5 Type 2-diabetes og praksissektor.....	158
8.6 Type 2-diabetes og langvarigt sygefravær.....	162
8.7 Type 2-diabetes og nytilkendte førtidspensioner.....	163
8.8 Type 2-diabetes og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	165
8.9 Type 2-diabetes og produktionstab.....	166
8.10 Referencer.....	167
<b>9. Alkoholrelateret sygelighed</b> .....	<b>170</b>
9.1 Forekomst af alkoholrelateret sygelighed.....	172
9.2 Alkoholrelateret sygelighed og dødelighed.....	174
9.3 Alkoholrelateret sygelighed og planlagte og akutte indlæggelser.....	176
9.4 Alkoholrelateret sygelighed og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	180
9.5 Alkoholrelateret sygelighed og praksissektor.....	184
9.6 Alkoholrelateret sygelighed og langvarigt sygefravær.....	186
9.7 Alkoholrelateret sygelighed og nytilkendte førtidspensioner.....	187
9.8 Alkoholrelateret sygelighed og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	189
9.9 Alkoholrelateret sygelighed og produktionstab.....	190
9.10 Referencer.....	191
<b>10. Depression</b> .....	<b>194</b>
10.1 Forekomst af depression.....	196
10.2 Depression og dødelighed.....	198
10.3 Depression og planlagte og akutte indlæggelser.....	200
10.4 Depression og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	204
10.5 Depression og praksissektor.....	208
10.6 Depression og langvarigt sygefravær.....	211
10.7 Depression og nytilkendte førtidspensioner.....	212
10.8 Depression og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	214
10.9 Depression og produktionstab.....	215
10.10 Referencer.....	215
<b>11. Angst</b> .....	<b>218</b>
11.1 Forekomst af angst.....	220
11.2 Angst og dødelighed.....	222
11.3 Angst og planlagte og akutte indlæggelser.....	224
11.4 Angst og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	228
11.5 Angst og praksissektor.....	232
11.6 Angst og langvarigt sygefravær.....	235
11.7 Angst og nytilkendte førtidspensioner.....	236
11.8 Angst og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	238
11.9 Angst og produktionstab.....	239
11.10 Referencer.....	239

<b>12. Skizofreni .....</b>	<b>242</b>
12.1 Forekomst af skizofreni .....	244
12.2 Skizofreni og dødelighed.....	246
12.3 Skizofreni og planlagte og akutte indlæggelser .....	248
12.4 Skizofreni og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter .....	252
12.5 Skizofreni og praksissektor.....	256
12.6 Skizofreni og langvarigt sygefravær.....	259
12.7 Skizofreni og nytilkendte førtidspensioner.....	260
12.8 Skizofreni og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	262
12.9 Skizofreni og produktionstab.....	263
12.10 Referencer.....	263
<b>13. Demens .....</b>	<b>266</b>
13.1 Forekomst af demens .....	268
13.2 Demens og dødelighed.....	270
13.3 Demens og planlagte og akutte indlæggelser.....	272
13.4 Demens og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	276
13.5 Demens og praksissektor.....	280
13.6 Demens og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	282
13.7 Referencer.....	283
<b>14. Iskæmisk hjertesygdom .....</b>	<b>286</b>
14.1 Forekomst af iskæmisk hjertesygdom .....	288
14.2 Iskæmisk hjertesygdom og dødelighed .....	290
14.3 Iskæmisk hjertesygdom og planlagte og akutte indlæggelser .....	292
14.4 Iskæmisk hjertesygdom og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter .....	296
14.5 Iskæmisk hjertesygdom og praksissektor .....	300
14.6 Iskæmisk hjertesygdom og langvarigt sygefravær .....	302
14.7 Iskæmisk hjertesygdom og nytilkendte førtidspensioner .....	303
14.8 Iskæmisk hjertesygdom og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	305
14.9 Iskæmisk hjertesygdom og produktionstab .....	306
14.10 Referencer.....	307
<b>15. Apopleksi .....</b>	<b>310</b>
15.1 Forekomst af apopleksi.....	312
15.2 Apopleksi og dødelighed .....	314
15.3 Apopleksi og planlagte og akutte indlæggelser .....	316
15.4 Apopleksi og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	320
15.5 Apopleksi og praksissektor .....	324
15.6 Apopleksi og langvarigt sygefravær .....	326
15.7 Apopleksi og nytilkendte førtidspensioner.....	327
15.8 Apopleksi og omkostninger i sundhedsvæsenet .....	329
15.9 Apopleksi og produktionstab .....	330
15.10 Referencer.....	331
<b>16. KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) .....</b>	<b>334</b>
16.1 Forekomst af KOL .....	336
16.2 KOL og dødelighed .....	338
16.3 KOL og planlagte og akutte indlæggelser .....	340
16.4 KOL og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter.....	344
16.5 KOL og praksissektor .....	348
16.6 KOL og langvarigt sygefravær .....	350
16.7 KOL og nytilkendte førtidspensioner .....	351
16.8 KOL og omkostninger i sundhedsvæsenet.....	353
16.9 KOL og produktionstab .....	354
16.10 Referencer.....	355

<b>17. Lænderygsmerter</b>	<b>358</b>
17.1 Forekomst af lænderygsmerter	360
17.2 Lænderygsmerter og dødelighed	362
17.3 Lænderygsmerter og planlagte og akutte indlæggelser	364
17.4 Lænderygsmerter og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter	368
17.5 Lænderygsmerter og praksissektor	372
17.6 Lænderygsmerter og langvarigt sygefravær	375
17.7 Lænderygsmerter og nytilkendte førtidspensioner	376
17.8 Lænderygsmerter og omkostninger i sundhedsvæsenet	378
17.9 Lænderygsmerter og produktionstab	379
17.10 Referencer	379
<b>18. Nakkesmerter</b>	<b>382</b>
18.1 Forekomst af nakkesmerter	384
18.2 Nakkesmerter og dødelighed	386
18.3 Nakkesmerter og planlagte og akutte indlæggelser	388
18.4 Nakkesmerter og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter	392
18.5 Nakkesmerter og praksissektor	396
18.6 Nakkesmerter og langvarigt sygefravær	397
18.7 Nakkesmerter og nytilkendte førtidspensioner	400
18.8 Nakkesmerter og omkostninger i sundhedsvæsenet	402
18.9 Nakkesmerter og produktionstab	403
18.10 Referencer	403
<b>19. Slidgigt</b>	<b>406</b>
19.1 Forekomst af slidgigt	408
19.2 Slidgigt og dødelighed	410
19.3 Slidgigt og planlagte og akutte indlæggelser	412
19.4 Slidgigt og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter	416
19.5 Slidgigt og praksissektor	420
19.6 Slidgigt og langvarigt sygefravær	423
19.7 Slidgigt og nytilkendte førtidspensioner	424
19.8 Slidgigt og omkostninger i sundhedsvæsenet	426
19.9 Slidgigt og produktionstab	427
19.10 Referencer	427
<b>20. Multisygdom</b>	<b>430</b>
20.1 Hyppige sygdomskombinationer	432
20.2 Referencer	433
<b>21. Bilag 1: Sygdomme</b>	<b>436</b>
21.1 Referencer	453
<b>22. Bilag 2: Datakilder</b>	<b>456</b>
22.1 Det Centrale Personregister	456
22.2 Landspatientregisteret	456
22.3 Dødsårsagsregisteret	456
22.4 Sygesikringsregisteret	456
22.5 Cancerregisteret	457
22.6 Lægemiddelstatistikregisteret	457
22.7 Ældredokumentation	457
22.8 Den Nationale Sundhedsprofil 2017	457
22.9 Uddannelsesregistret	458
22.10 Arbejdsklassifikationsmodulet	458
22.11 Andre datakilder	458
22.12 Referencer	459

# Ekspertgruppe og eksterne reviewere

## Ekspertgruppe

### **Anelli Sandbæk**

Klinisk professor  
Almen Medicin  
Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet

### **Henrik Toft Sørensen**

Klinisk lærestolsprofessor og overlæge  
Klinisk Epidemiologisk Afdeling  
Institut for Klinisk Medicin  
Aarhus Universitet

### **Inge Tetens**

Professor  
Forebyggende og Klinisk Ernæring  
Institut for Idræt og Ernæring  
Københavns Universitet

### **Jan Sørensen**

Professor  
Healthcare Outcomes Research Centre  
School of Population Health  
University of Medicine and Health Sciences  
Dublin

### **Kim Rose Olsen**

Professor  
Dansk Center for Sundhedsøkonomi (DaCHE)  
Institut for Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet

### **Lars Louis Andersen**

Professor MSO  
Det Nationale Forskningscenter  
for Arbejdsmiljø (NFA)

### **Naja Hulvej Rod**

Professor  
Afdeling for Epidemiologi  
Institut for Folkesundhedsvidenskab  
Københavns Universitet

### **Pernille Tanggaard**

Professor og forskningsleder  
Forskningsenheden for Sundhedsfremme  
Institut for Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet

### **Rasmus Højbjerg Jacobsen**

Projektchef  
Det Nationale Forsknings- og analysecenter  
for Velfærd (VIVE)

## Eksterne reviewere

### **Ann Nielsen (Demens)**

Programleder  
Nationalt Videncenter for Demens  
Rigshospitalet

### **Grethe Andersen (Apopleksi)**

Klinisk professor og overlæge  
Neurologi, Institut for Klinisk Medicin  
Aarhus Universitetshospital

### **Gunhild Waldemar (Demens)**

Professor og overlæge  
Nationalt Videncenter for Demens, Neurocentret  
Rigshospitalet og Institut for Klinisk Medicin  
Københavns Universitet

### **Jan Hartvigsen (Lænderygsmærter, nakkesmerter, slidgigt)**

Professor og seniorforsker  
Center for Sundhed i Muskler og Led  
Institut for Idræt og Biomekanik  
Syddansk Universitet, Kiropraktorernes Videncenter

### **Jørgen Vestbo (KOL)**

Professor  
Division of Infection  
Immunity and Respiratory Medicine  
University of Manchester

### **Marit Eika Jørgensen (Type 2-diabetes)**

Professor og overlæge  
Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut  
for Folkesundhed Syddansk Universitet og Steno  
Diabetes Center & Steno Diabetes Center Grønland

### **Merete Nordentoft (Angst, depression, skizofreni)**

Klinisk professor  
Psykiatri, Institut for Klinisk Medicin  
Københavns Universitet

### **Søren Paaske Johnsen (Iskæmisk hjertesygdom, apopleksi)**

Klinisk professor og overlæge  
Dansk Center for Klinisk Sundhedstjenesteforskning  
DACS  
Aalborg Universitet og Aalborg Universitetshospital

### **Ulrik Becker (Alkoholrelateret sygelighed)**

Professor, dr. med.  
Epidemiologi og sundhedsadfærd  
Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet



# Forkortelser og grundlæggende begreber

## Forkortelser

### **ATC**

Anatomical Therapeutic Chemical (Classification System)

### **CCI**

Charlson Comorbidity Index

### **COI**

Cost-of-illness

### **DAGS**

Dansk Ambulant Grupperingsystem

### **DALY**

Disability-Adjusted Life Year

### **DRG**

Diagnosis Related Groups

### **GBD-2019**

Global Burden of Disease Study 2019

### **ICD-10**

International Classification of Disease (10. udgave)

### **KOL**

Kronisk obstruktiv lungesygdom

### **NATSUP-2017**

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

### **WHO**

World Health Organization

---

## Grundlæggende begreber

### **Social ulighed**

I nærværende rapport tales om social ulighed, når der for et givent byrdemål er en ekstra byrde blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldført uddannelse i forhold til personer med videregående uddannelse, eller hvor det omvendte er tilfældet.

### **Gradient**

I nærværende rapport angiver en gradient i social ulighed, at den ekstra byrde stiger gradvist i takt med kortere uddannelse.

### **Omvendt gradient**

I nærværende rapport angiver en omvendt gradient i social ulighed, at den ekstra byrde falder gradvist i takt med kortere uddannelse.

### **Somatisk**

Det, som tilhører kroppen (i modsætning til psykiatrisk, som er det, der tilhører sindet). I nærværende rapport bruges betegnelsen somatisk om den del af sygehusvæsenet, der ikke er psykiatriske afdelinger. Opdelingen bruges i forhold til, hvor i sygehusvæsenet en aktivitet foregår, og er foretaget på baggrund af behandlende afdeling.





# 1

## Sammenfatning





# 1. Sammenfatning

I rapporten er forekomsten af nye og eksisterende sygdomstilfælde inden for 15 udvalgte sygdomme belyst sammen med den ekstra sygdomsbyrde (herefter byrde), som sygdommene medfører inden for byrdemålene forekomst, dødelighed, indlæggelser, ambulante hospitalskontakter, kontakter i praksissektoren, langvarigt sygefravær, nytilkendte førtidspensioner samt økonomiske konsekvenser givet ved omkostninger til kontakter i sundhedsvæsenet og produktionstab ved langvarigt sygefravær eller varig afgang fra arbejdsmarkedet grundet førtidspension eller død. De 15 sygdomme er lungekræft, brystkræft, tyk- og endetarmskræft, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed, depression, angst, skizofreni, demens, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, KOL, lænderygmerter, nakkesmerter og slidgigt. Sygdommene er valgt på baggrund af, at de har en betydelig vægt ifølge opgørelsen for Danmark i det internationale sygdomsbyrdeprojekt Global Burden of Disease Study 2019 (GBD-2019) samtidig med, at de har et vist forebyggelsespotentiale, og at der samtidig er mulighed for opgørelse af byrden baseret på registre eller spørgeskemaundersøgelser i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Rapporten giver således svar på eksempelvis hvor mange ekstra antal dødsfald pr. år, der finder sted blandt personer med en given sygdom i forhold til blandt personer i referencepopulationen. Der er altså fokus på den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom i rapporten.

Social ulighed belyses ved at beregne den ekstra byrde blandt personer på tværs af længst fuldførte uddannelse opdelt på grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Herved kan rapporten give svar på, hvor stor en andel af den ekstra byrde eksempelvis i forhold til ekstra antal dødsfald pr. år, der finder sted inden for de enkelte uddannelsesgrupper. I rapporten beregnes det også hvor meget af den ekstra byrde ved en given sygdom, der ville være undgået eller tillagt, hvis alle personer med en given sygdom havde samme forekomst af en given byrde som personer med videregående uddannelse.

Endelig beskrives forekomsten af multisygdom ved samtidig tilstedeværelse af to eller flere af de 15 udvalgte sygdomme, som indgår i denne rapport.

Rapportens resultater vil i det følgende blive sammenfattet med udgangspunkt i byrdemålene. Således er det ved en rangordning af de 15 udvalgte sygdomme inden for de enkelte byrdemål muligt at sammenligne den ekstra byrde ved sygdommene inden for samme byrdemål. For hvert byrdemål illustreres endvidere den sociale ulighed i den ekstra byrde ved de enkelte sygdomme. Det vil her fremgå, hvilke sygdomme der eksempelvis er forbundet med størst eller mindst social ulighed i den ekstra byrde for de enkelte byrdemål.



## 1.1 Byrdemål

I det følgende gives en oversigt over de 15 sygdommes placering for hvert af byrdemålene opdelt på mænd og kvinder i alderen 16 år eller derover. Ikke alle sygdomme optræder under alle byrdemål, idet nogle af tallene er så små, at der vil være stor usikkerhed på opgørelserne.

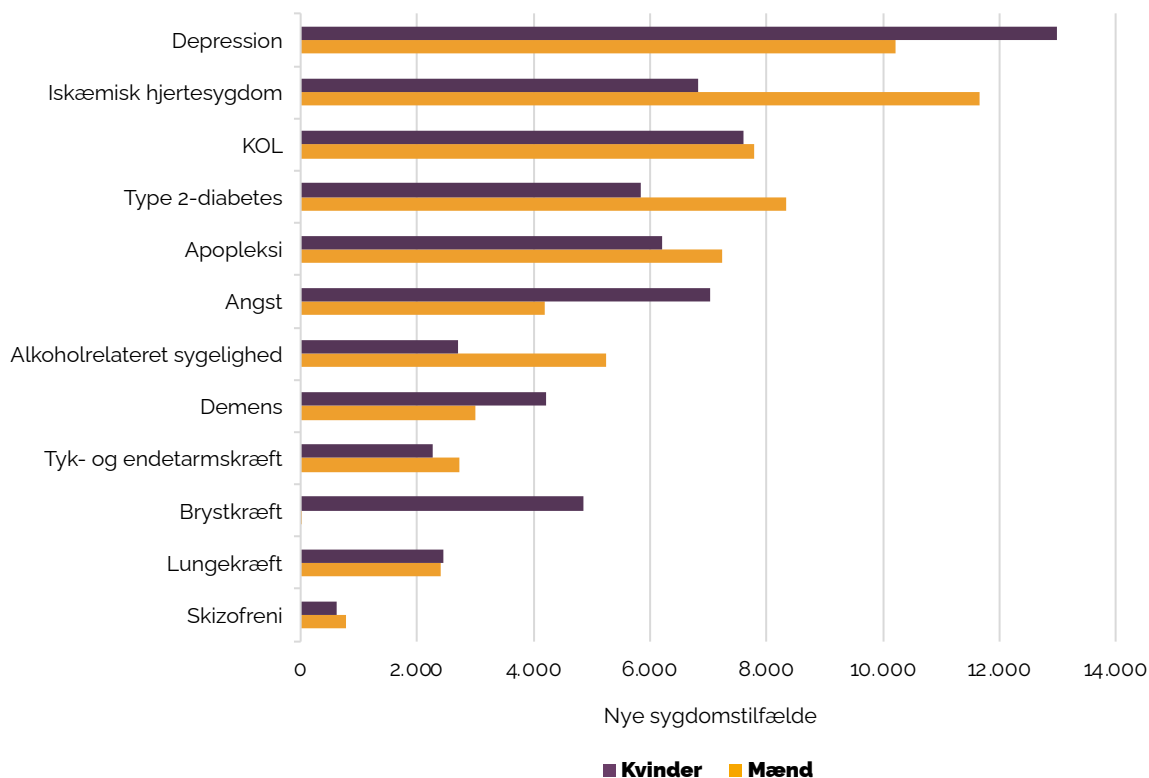
### 1.1.1 Nye sygdomstilfælde

Nye sygdomstilfælde inden for en given sygdom er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år har haft en hospitalskontakt med en relevant aktions- eller bidiagnose, og/eller indløst to eller flere recepter med et relevant lægemiddel i forhold til sygdommen, eller er død med den givne sygdom som til grundlæggende årsag, fraset personer som i den forudgående 10-årige periode allerede er registreret med den pågældende sygdom.

Det fremgår af figur 1.1.1, at depression og iskæmisk hjertesygdom er årsag til flest nye sygdomstilfælde om året i Danmark. Disse sygdomme er hver årsag til ca. 18.500-23.000 nye sygdomstilfælde, når antallet af nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger KOL, type 2-diabetes, apopleksi og angst, der hver er årsag til ca. 11.000-15.500 nye sygdomstilfælde om året. Alkoholrelateret sygelighed og demens er årsag til henholdsvis ca. 8.000 og 7.500 nye sygdomstilfælde, mens de resterende sygdomme hver er årsag til mindre end ca. 5.000 nye sygdomstilfælde om året.

For en del af de udvalgte sygdomme ses betydelige kønsforskelle i nye sygdomstilfælde. Eksempelvis ses der flere nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, type 2-diabetes og alkoholrelateret sygelighed blandt mænd end blandt kvinder. Derimod ses flere nye sygdomstilfælde af depression, angst og demens blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 1.1.1** Nye sygdomstilfælde af udvalgte sygdomme i Danmark blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Det er ikke muligt at opgøre nye sygdomstilfælde af lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt. Antal nye sygdomstilfælde for lungekræft er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover. Antal nye sygdomstilfælde for brystkræft blandt mænd er opgjort blandt personer i alderen 50 år eller derover. Antal nye sygdomstilfælde for demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover

### 1.1.2 Eksisterende sygdomstilfælde

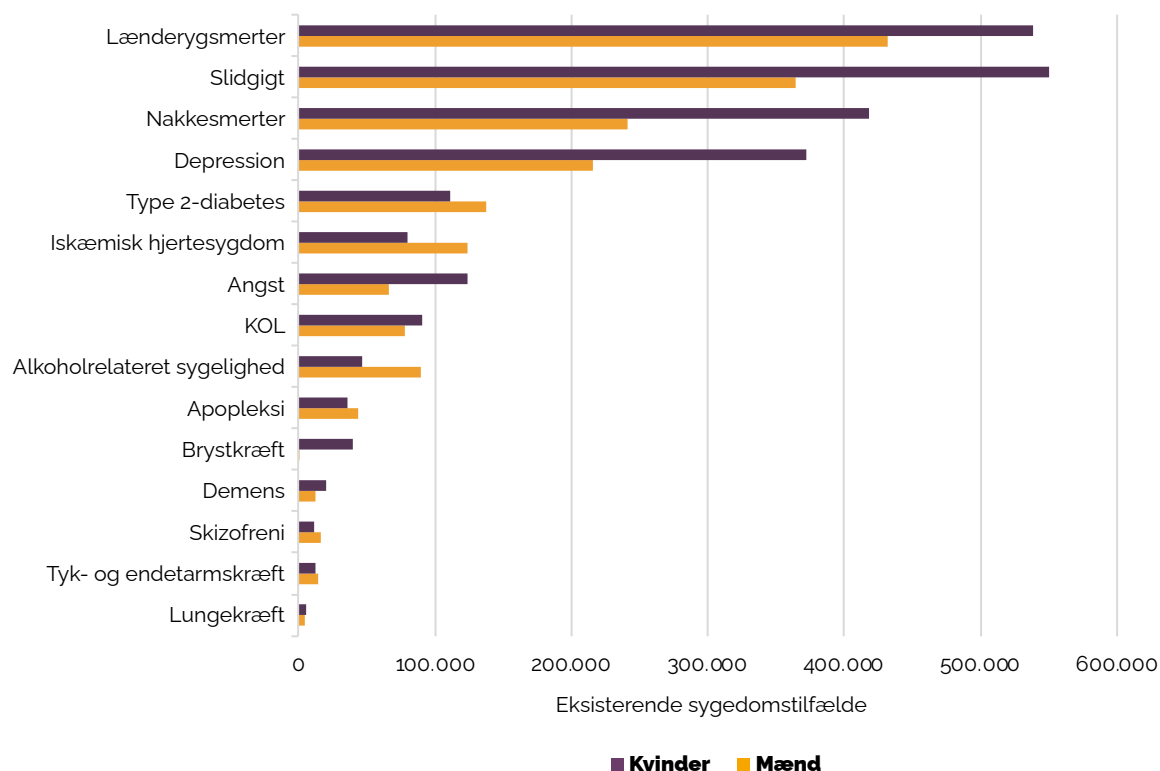
Eksisterende sygdomstilfælde i et givent år er opgjort ved at identificere alle personer, der er registreret med en hospitalskontakt med en relevant aktions- eller bidiagnose og/eller har indløst to eller flere recepter med et relevant lægemiddel i forhold til sygdommen over en periode på 10 år før det valgte opgørelsesår. For sygdommene lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt er antallet af eksisterende sygdomstilfælde opgjort ud fra selvrapporterede oplysninger herom fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 (NATSUP-2017), som på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport er de senest tilgængelige selvrapporterede data, hvor registeropfølgning af byrder var mulig.

Det fremgår af figur 1.1.2, at der forekommer flest eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter, slidgigt, nakkesmerter og depression om året i Danmark. Disse sygdomme udgør hver ca.

590.000-970.000 eksisterende sygdomstilfælde, når antallet af eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, angst, KOL, alkoholrelateret sygelighed og apopleksi med ca. 80.000-249.000 eksisterende sygdomstilfælde om året. De resterende sygdomme er hver årsag til mindre end ca. 40.000 eksisterende sygdomstilfælde om året.

Der ses betydelige kønsforskelle i eksisterende sygdomstilfælde for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter, slidgigt, nakkesmerter, depression og angst blandt kvinder end blandt mænd. Derimod ses flere eksisterende sygdomstilfælde af type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og alkoholrelateret sygelighed blandt mænd end blandt kvinder.

**Figur 1.1.2** Eksisterende sygdomstilfælde af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder i Danmark. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft og brystkræft blandt mænd er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover. Eksisterende sygdomstilfælde af demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.1.3 Ekstra antal dødsfald

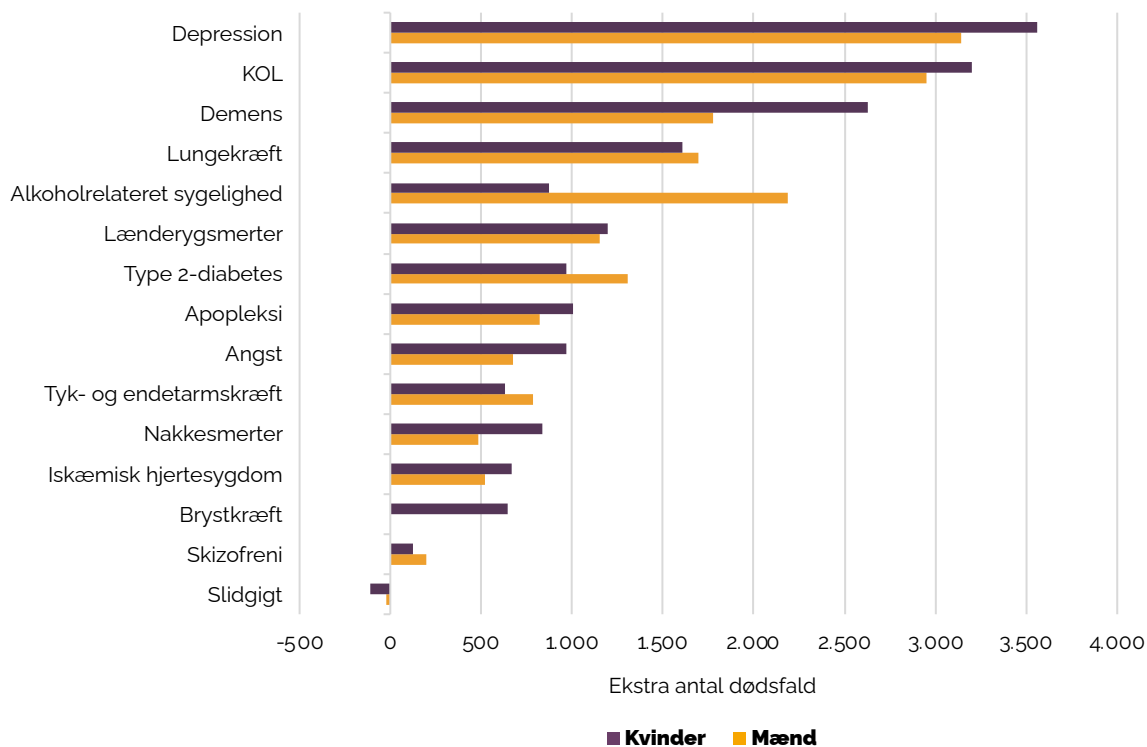
Dødsfald er baseret på data fra Dødsårsagsregisteret. Ekstra dødsfald pr. år opgøres som forskellen mellem antal dødsfald blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal dødsfald blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Figur 1.1.3 viser, at det højeste ekstra antal dødsfald ses blandt personer med henholdsvis depression, KOL og demens, hvor der for hver gruppe ses ca. 4.500-6.700 ekstra antal dødsfald om året i Danmark, når det ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis lungekræft, alkoholrelateret

sygelighed, lænderygsmerter og type 2-diabetes, hvor der for hver gruppe ses ca. 2.300-3.300 ekstra antal dødsfald om året. Der ses færre dødsfald blandt personer med slidgigt sammenlignet med referencepopulationen.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal dødsfald for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der markant flere ekstra antal dødsfald blandt mænd med henholdsvis alkoholrelateret sygelighed og type 2-diabetes end blandt kvinder. Derimod ses markant flere ekstra antal dødsfald blandt kvinder med demens end blandt mænd. Der ses også flere ekstra antal dødsfald blandt kvinder med henholdsvis depression, KOL, angst, nakkesmerter og iskæmisk hjertesygdom end blandt mænd.

**Figur 1.1.3** Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal dødsfald blandt personer med brystkræft (kvinder), type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter (kvinder) og slidgigt er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra dødsfald i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra dødsfald blandt personer med lungekræft og tyk- og endetarmskræft er opgjort blandt personer i alderen 50 år eller derover grundet få ekstra dødsfald i de resterende aldersgrupper. Ekstra dødsfald blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

#### **1.1.4 Ekstra antal planlagte og akutte hospitalsindlæggelser**

Planlagte og akutte indlæggelser er inddelt i henholdsvis somatiske og psykiatriske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser opgøres på baggrund af informationer fra Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele ved at udtrække alle indlæggelser uanset aktions- og biddiagnoser. Ekstra antal indlæggelser opdeles på planlagte og akutte indlæggelser med udgangspunkt i registrering af indskrivningsmåden for kontakten i Landspatientregisteret. Ekstra antal indlæggelser pr. år opgøres som forskellen mellem antal indlæggelser blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

##### ***Ekstra antal planlagte indlæggelser***

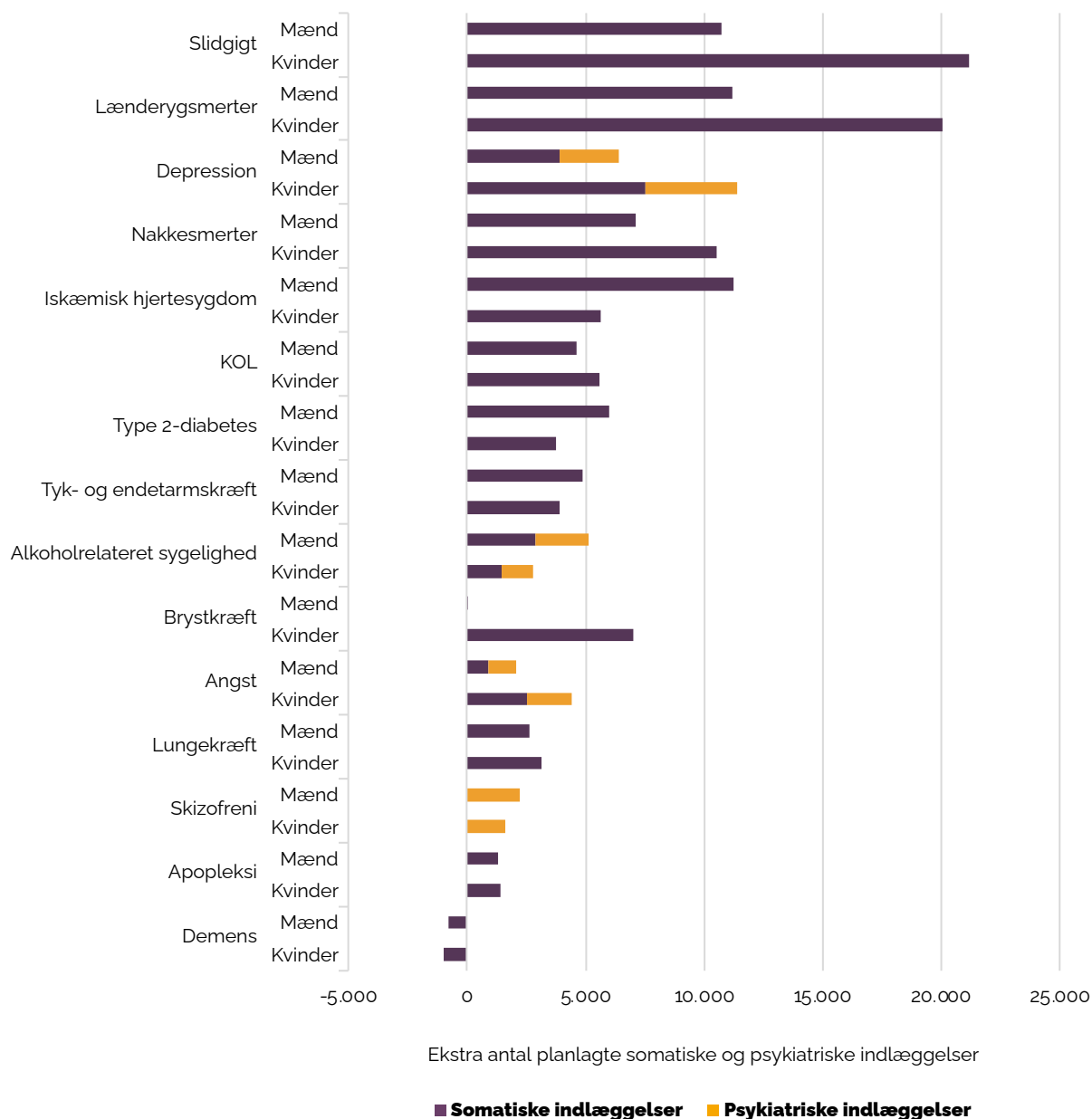
Figur 1.1.4a viser, at det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser ses blandt personer med henholdsvis slidgigt og lænderygsmerter, hvor der ses 31.900 og 31.200 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser om året, når det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis nakkesmerter og iskæmisk hjertesygdom, hvor der ses 17.600 og 16.900 ekstra antal

planlagte somatiske indlæggelser om året. Der ses færre planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens i forhold til referencepopulationen. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses ca. 3.000-6.400 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser om året blandt personer med henholdsvis depression, skizofreni, alkoholrelateret sygelighed og angst.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal planlagte indlæggelser for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd med iskæmisk hjertesygdom, type 2-diabetes, tyk- og endetarmskræft og alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder. Derimod ses flere ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med slidgigt, lænderygsmerter, depression, nakkesmerter og angst end blandt mænd. Der ses ligeledes kønsforskelle i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser, idet der ses flere ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt kvinder med depression og angst end blandt mænd, mens der ses flere ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed og skizofreni end blandt kvinder.



**Figur 1.1.4a** Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



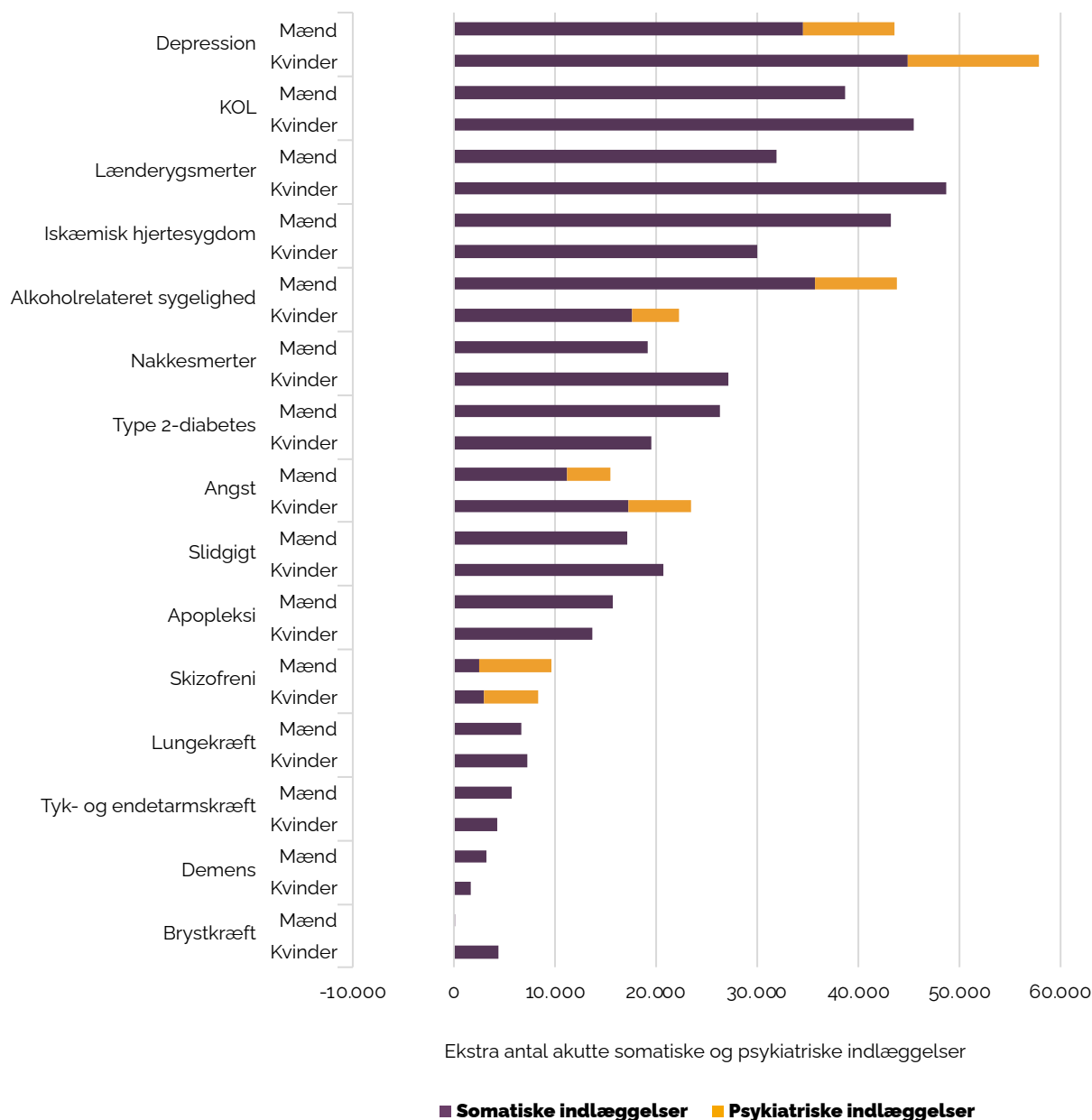
Note: Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft, brystkræft (kvinder), tyk- og endetarmskræft og slidgigt (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### **Ekstra antal akutte indlæggelser**

Figur 1.1.4b viser, at det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser ses blandt personer med KOL, lænderygsmerter, depression og iskæmisk hjertesygdom, hvor der for hver gruppe ses ca. 73.300-84.100 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser, når det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis alkoholrelateret sygelighed, nakkesmerter, type 2-diabetes, slidgigt, apopleksi og angst, hvor der for hver gruppe ses ca. 28.500-53.400 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser om året. Det fremgår endvidere af figuren, at der er ca. 10.500-22.100 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser om året blandt personer med depression, alkoholrelateret sygelighed, skizofreni og angst.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal akutte indlæggelser for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd med iskæmisk hjertesygdom, alkoholrelateret sygelighed, type 2-diabetes og apopleksi end blandt kvinder. Derimod ses flere ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med depression, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter, angst og slidgigt end blandt mænd. Der ses ligeledes kønsforskelle i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser, idet der ses flere ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser som følge af alkoholrelateret sygelighed og skizofreni blandt mænd end blandt kvinder, mens der ses flere ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt kvinder med depression og angst end blandt mænd.

**Figur 1.1.4b** Ekstra antal akutte somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft og brystkræft (kvinder) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet for få ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med brystkræft (mænd) og demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### **1.1.5 Ekstra antal planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter**

Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter er inddelt i henholdsvis somatiske og psykiatriske ambulante kontakter. Ekstra antal ambulante hospitalskontakter opgøres på baggrund af informationer fra Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele ved at udtrække alle ambulante kontakter uanset aktions- og bidiagnoser. Ekstra antal ambulante hospitalskontakter opdeles på planlagte og akutte hospitalskontakter med udgangspunkt i registrering af indskrivningsmåden for kontakten i Landspatientregisteret. Ekstra antal ambulante kontakter pr. år opgøres som forskellen mellem antal ambulante kontakter blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal ambulante kontakter blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

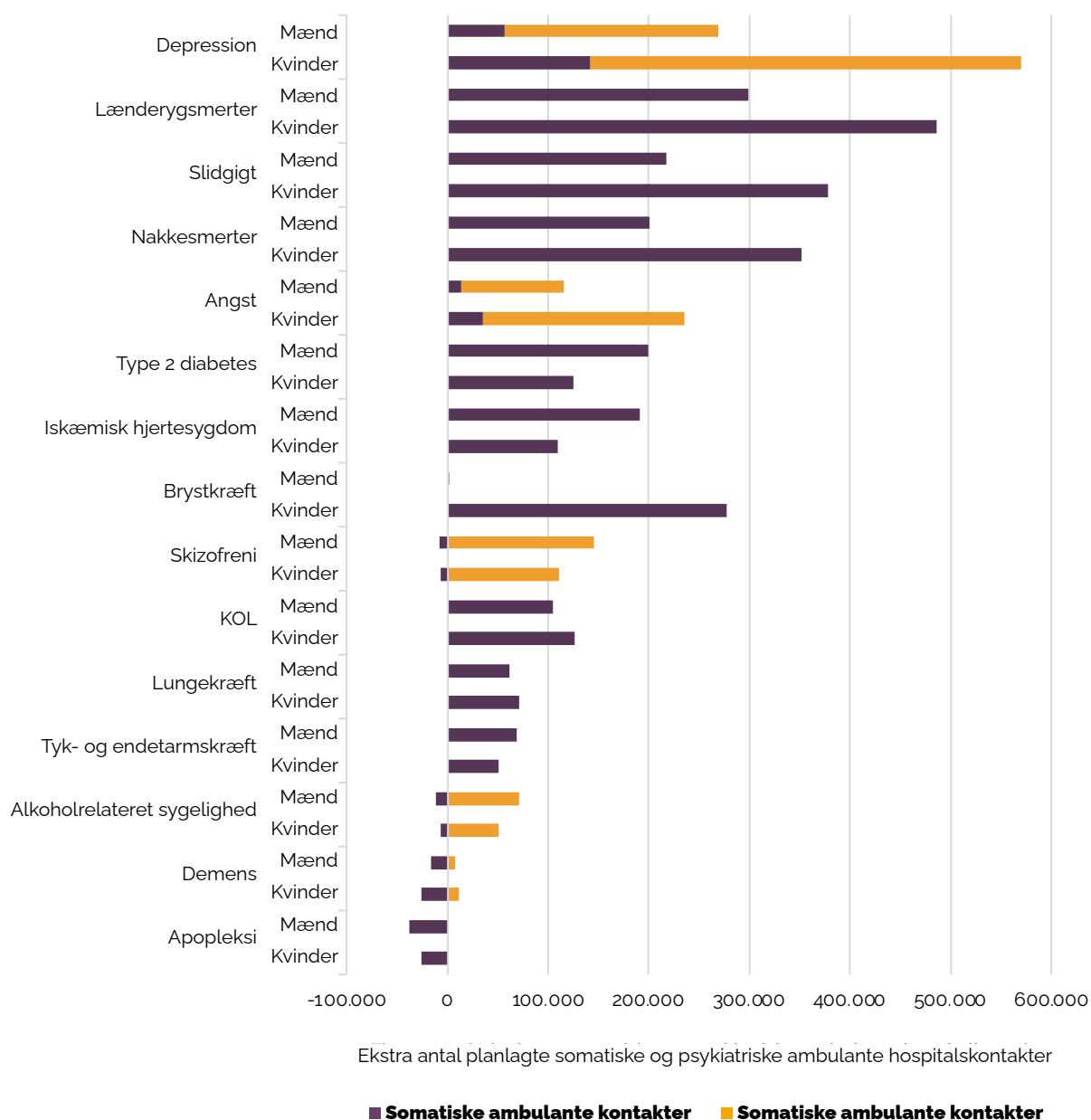
#### ***Ekstra antal planlagte ambulante kontakter***

Figur 1.1.5a viser, at det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter ses blandt personer med lænderygmerter, slidgigt og nakkesmerter, hvor der for hver gruppe ses ca. 551.800-784.900 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter om året, når antallet af ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis type 2-dia-

betes, iskæmisk hjertesygdom, brystkræft og KOL, hvor der for hver gruppe ses ca. 230.900-324.700 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter om året. Der ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med apopleksi, demens, alkoholrelateret sygelighed og skizofreni i forhold til referencepopulationen. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses ca. 302.000-639.500 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter om året blandt personer med depression, skizofreni og angst.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal planlagte ambulante kontakter for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med depression, lænderygmerter, slidgigt, nakkesmerter og KOL end blandt mænd. Derimod ses flere ekstra antal planlagte ambulante kontakter blandt mænd med type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og tyk- og endetarmskræft end blandt kvinder. Der ses ligeledes kønsforskelle i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter, idet der ses flere ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med depression, angst og demens end blandt mænd, mens der ses flere ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd med skizofreni og alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder.

**Figur 1.1.5a** Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft (mænd), lungekræft og tyk- og endetarmskræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

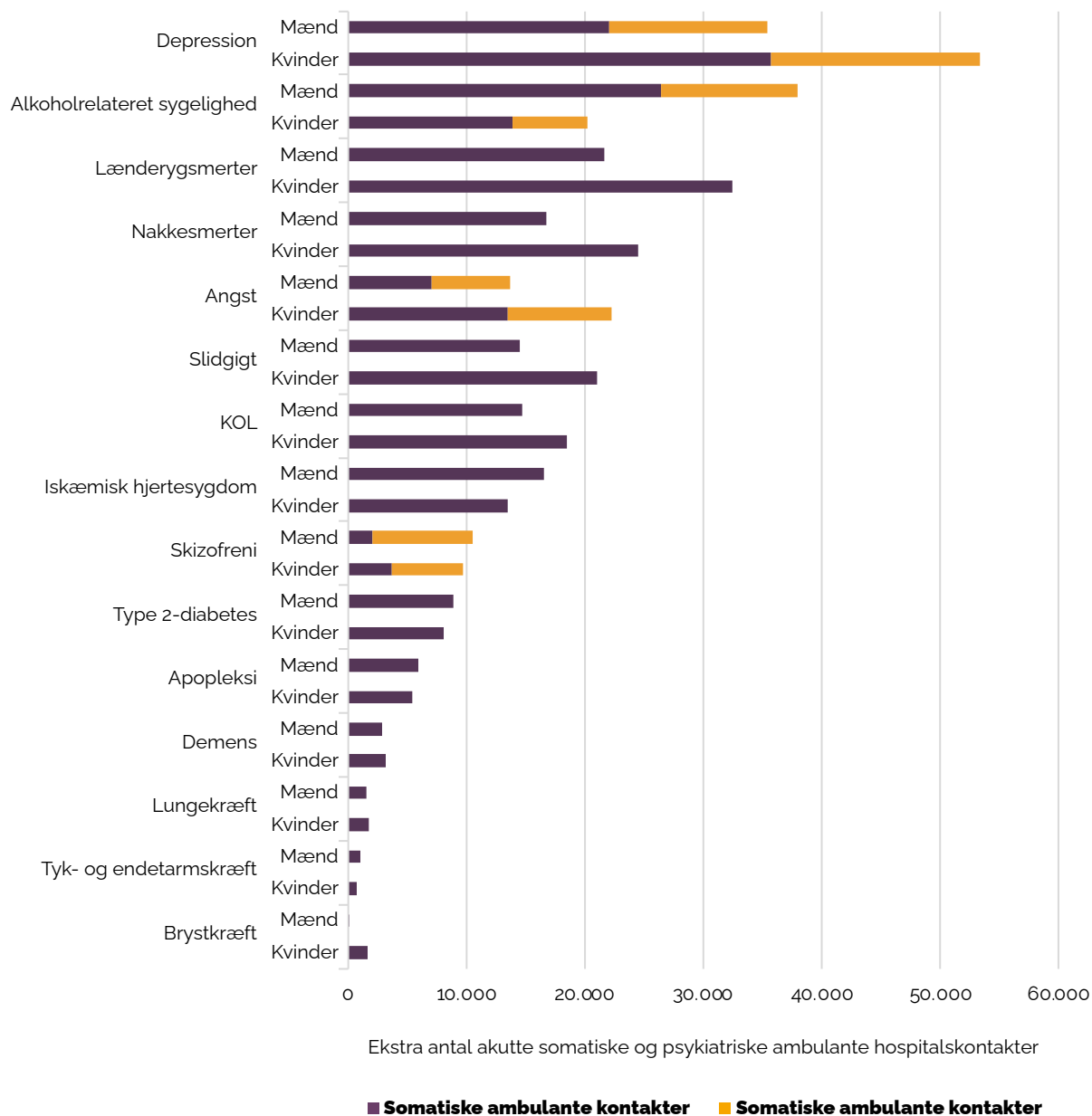


### **Ekstra akutte ambulante kontakter**

Figur 1.1.5b viser, at det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter ses blandt personer med henholdsvis depression, lænderygsmerter, nakkesmerter, alkoholrelateret sygelighed, slidgigt og KOL, hvor der for hver gruppe ses ca. 33.100-57.800 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter om året, når det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med iskæmisk hjertesygdom, angst, type 2-diabetes og apopleksi, hvor der for hver gruppe ses ca. 11.300-30.000 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter om året. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses ca. 31.000 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med depression, mens der ses ca. 14.500-17.900 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed, angst og skizofreni.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal akutte ambulante kontakter for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med depression, lænderygsmerter, nakkesmerter, angst, slidgigt, KOL og skizofreni end blandt mænd. Derimod ses flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed og iskæmisk hjertesygdom end blandt kvinder. Der ses ligeledes kønsforskelle i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter, idet der ses flere ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed og skizofreni end blandt kvinder, mens der ses flere ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med depression og angst end blandt mænd.

**Figur 1.1.5b** Ekstra antal akutte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lungekræft, tyk- og endetarmskræft og brystkræft (kvinder) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet for få ekstra akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal akutte ambulante kontakter blandt personer med brystkræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 50 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.1.6 Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge

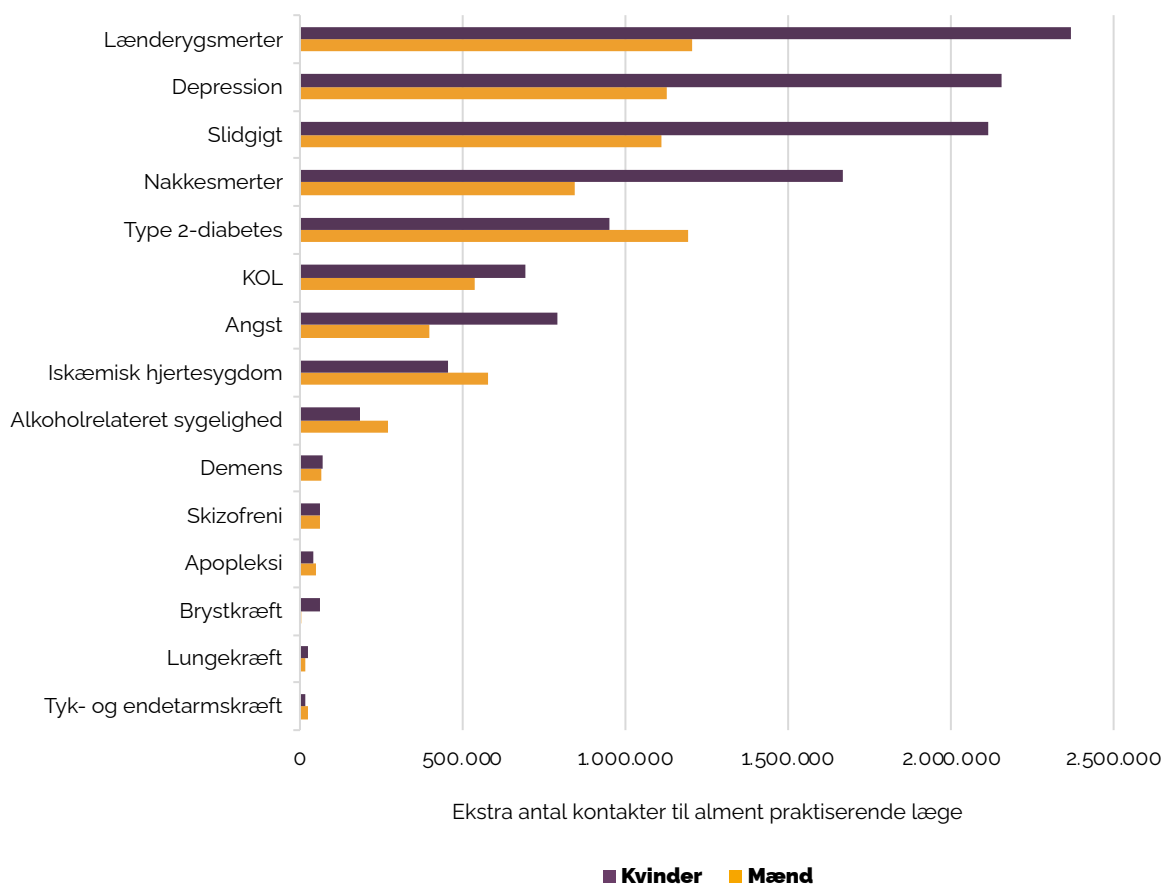
Kontakter til alment praktiserende læge opgøres på baggrund af informationer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra kontakter pr. år opgøres som forskellen mellem antal kontakter blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal kontakter blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Figur 1.1.6 viser, at det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge ses blandt personer med henholdsvis lænderygsmerter, depression, slidgigt, nakkesmerter og type 2-diabetes, hvor der for hver gruppe ses ca. 2,1-3,6 mio. ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge om året, når det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder lægges sammen.

Herefter følger personer med KOL, angst og iskæmisk hjertesygdom, hvor der for hver gruppe ses ca. 1,0-1,2 mio. ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge om året.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der markant flere ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder med lænderygsmerter, depression, slidgigt, nakkesmerter, KOL og angst end blandt mænd. Derimod ses der flere ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd med type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder.

**Figur 1.1.6** Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge som følge af lungekræft er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra antal kontakter blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.1.7 Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær

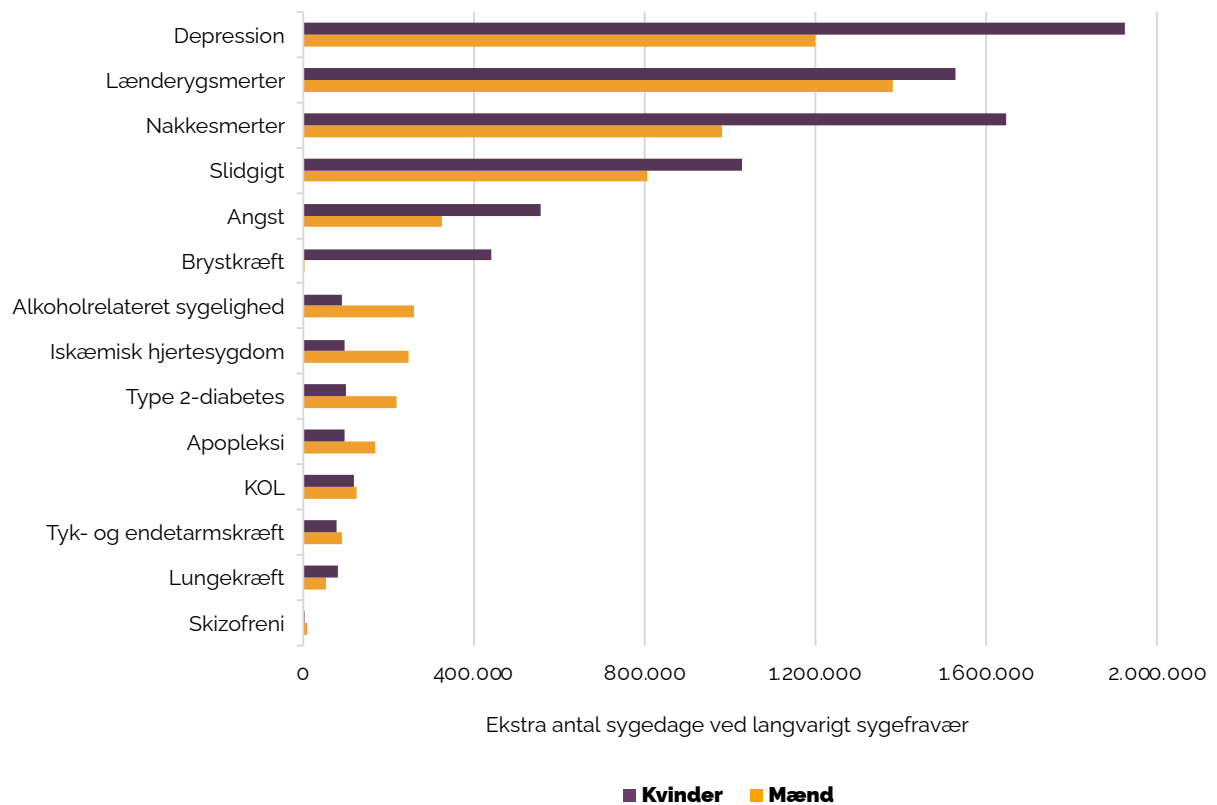
Antal sygedage ved langvarigt sygefravær opgøres på baggrund af informationer fra forløbsdatabasen DREAM i perioden fra 2017-2018. Langvarigt sygefravær defineres som 30 eller flere sammenhængende sygedage. I opgørelsen anses en person for at modtage sygedagpenge i 5 dage pr. uge vedkommende er registreret med en ydelseskode for sygedagpenge i 2017 eller 2018. Langvarigt sygefravær pr. år opgøres blandt personer i alderen 16-64 år, der ikke modtager førtidspension, efterløn eller pension ved indgangen til det enkelte opgørelsesår. Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær opgøres som forskellen mellem antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Sygemeldinger med varighed kortere end 30 dage inkluderes ikke i DREAM, og kortsigtet sygefravær er derfor ikke en del af opgørelserne. Sygefraværet for mindre alvorlige og typisk ikke-kroniske sygdomme (eksempelvis lettere rygsmerter) antages dermed at være underestimeret i opgørelserne.

Figur 1.1.7 viser, at det højeste ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær ses blandt personer med depression, lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt, hvor der for hver gruppe ses ca. 1,8-3,1 mio. ekstra antal sygedage om året, når det ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med angst, brystkræft, alkoholrelateret sygelighed, iskæmisk hjertesygdom og type 2-diabetes, hvor der for hver gruppe ses ca. 317.000-880.000 ekstra antal sygedage om året.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra antal sygedage blandt mænd med iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, type 2-diabetes og alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder. Derimod ses der markant flere ekstra antal sygedage blandt kvinder med depression og nakkesmerter end blandt mænd, og der ses ligeledes flere ekstra antal sygedage blandt kvinder med lænderygsmerter, slidgigt og angst end blandt mænd.



**Figur 1.1.7** Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med lungekræft og brystkræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet for få ekstra sygedage blandt de 16-29-årige. Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.1.8 Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner

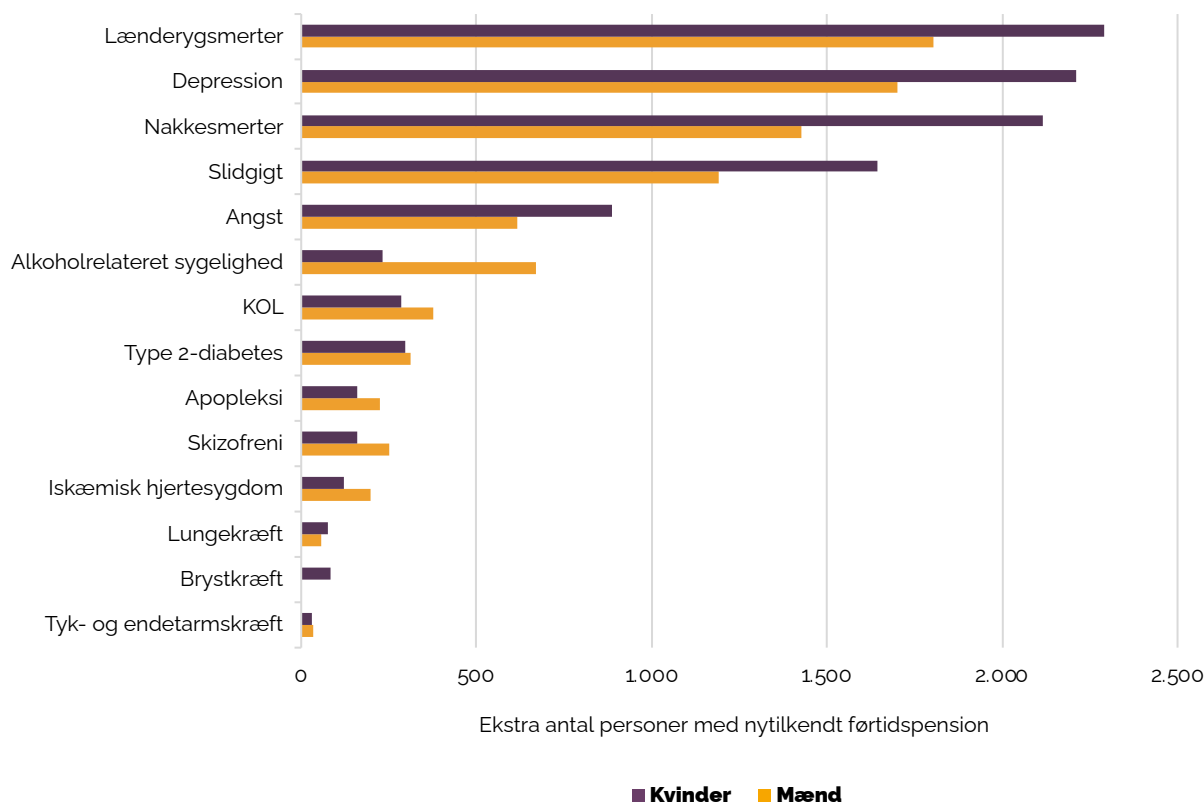
Antal nytilkendte førtidspensioner opgøres på baggrund af informationer fra forløbsdatabasen DREAM i perioden fra 2017-2018. I opgørelsen anses en person for at få tilkendt førtidspension, hvis vedkommende er registreret med en ydelseskode for førtidspension for første gang i opgørelsesåret. Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner pr. år opgøres blandt personer i alderen 16-64 år som forskellen mellem antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Figur 1.1.8 viser, at det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension ses blandt personer i alderen 16-64 år med henholdsvis lænderygsmerter, depression, nakkesmerter, slidgigt og angst, hvor der for hver gruppe ses ca. 1.500-4.100 ekstra

antal personer med nytilkendt førtidspension om året, når det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis alkoholrelateret sygelighed, KOL, type 2-diabetes, apopleksi, skizofreni og iskæmisk hjertesygdom, hvor der for hver gruppe ses ca. 300-900 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension om året. Blandt personer med de resterende sygdomme ses mindre end 150 ekstra personer med nytilkendt førtidspension om året.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der markant flere ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med lænderygsmerter, depression, nakkesmerter, slidgigt og angst end blandt mænd. Derimod ses der flere ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder.

**Figur 1.1.8** Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med slidgigt (kvinder), KOL, iskæmisk hjertesygdom og brystkræft (kvinder) er opgjort blandt personer i alderen 30-64 år grundet få ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lungekræft og tyk- og endetarmskræft er opgjort blandt personer i alderen 50-64 år. Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.1.9 Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet

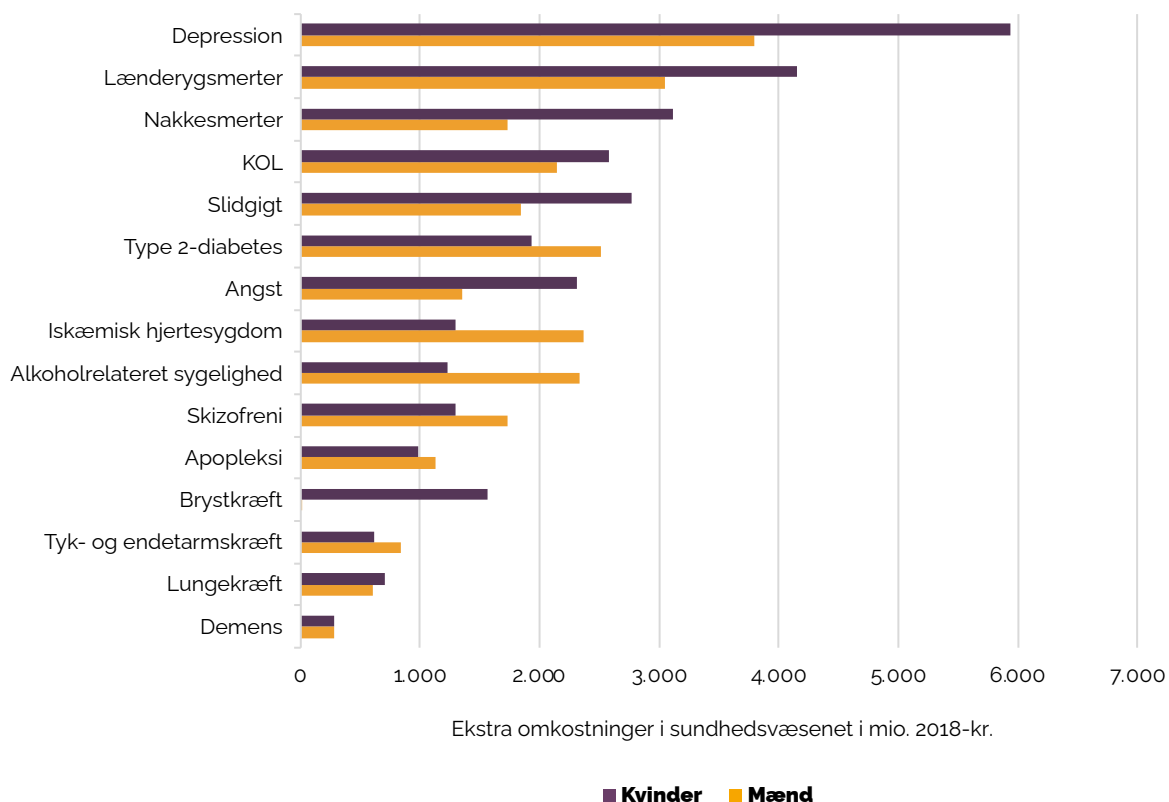
De økonomiske konsekvenser i forhold til sundhedsvæsenet opgøres som de samlede omkostninger i både hospitalssektor og praksissektor, omkostninger til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp. Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet pr. år opgøres som forskellen mellem omkostninger i sundhedsvæsenet blandt personer med en given sygdom og omkostninger i sundhedsvæsenet blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Figur 1.1.9 viser, at de højeste ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet ses blandt personer med depression og lænderygsmerter, hvor der ses ca. 9.700 mio. kr. og 7.100 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet om året, når omkostningerne

blandt mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med henholdsvis nakkesmerter, KOL, slidgigt og type 2-diabetes, hvor der for hver gruppe ses ca. 4.400-4.800 mio.kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet om året.

Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet blandt mænd med type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, alkoholrelateret sygelighed, apopleksi og skizofreni end blandt kvinder. Derimod ses flere ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet blandt kvinder med depression, lænderygsmerter, nakkesmerter, KOL, slidgigt og angst end blandt mænd.

**Figur 1.1.9** Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: For sygdommene depression, skizofreni og angst er medtaget sundhedsøkonomiske omkostninger til psykolog og psykiater. For type 2-diabetes er medtaget sundhedsøkonomiske omkostninger til øjenlæge og fodterapi. For lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt er medtaget omkostninger til fysioterapi og kiropraktor.

### 1.1.10 Ekstra omkostninger i produktionstab

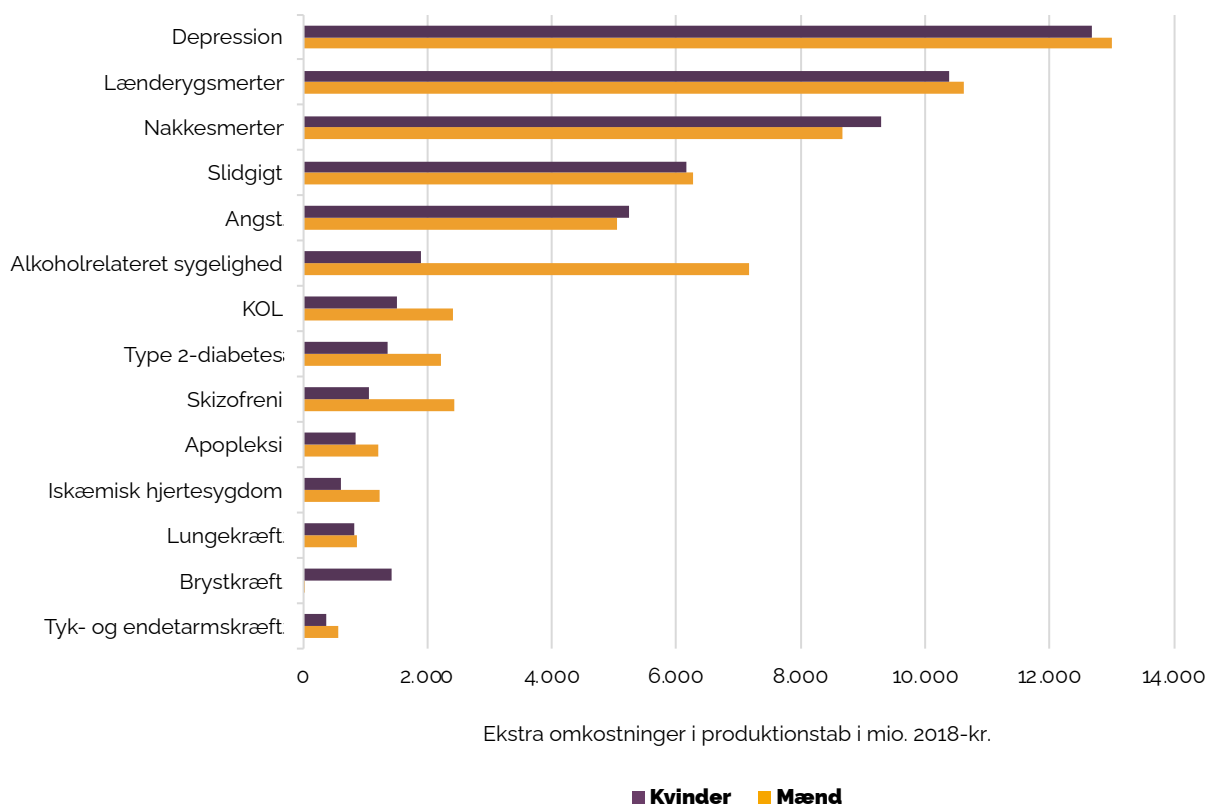
Produktionstab opgøres som omkostninger til fravær fra arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensioner og tidlig død for årene 2017 og 2018. Ekstra omkostninger til produktionstab pr. år opgøres som forskellen mellem produktionstab blandt personer med en given sygdom og produktionstab blandt personer i referencepopulationen, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Figur 1.1.10 viser, at de højeste ekstra omkostninger i produktionstab ses blandt personer med depression, lænderygmerter og nakkesmerter, hvor der for hver gruppe ses ca. 17.970-25.680 mio. kr. ekstra omkostninger i produktionstab om året, når ekstra omkostninger i produktionstab blandt mænd og

kvinder lægges sammen. Herefter følger personer med slidgigt, angst og alkoholrelateret sygelighed, hvor der for hver gruppe ses ekstra omkostninger i produktionstab på ca. 9.070-12.450 mio. kr. om året. Der ses betydelige kønsforskelle i ekstra omkostninger i produktionstab for en del af de udvalgte sygdomme.

Eksempelvis ses der markant flere ekstra omkostninger i produktionstab blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed end blandt kvinder. Der ses også flere ekstra omkostninger i produktionstab blandt mænd med skizofreni, KOL, type 2-diabetes og iskæmisk hjertesygdom end blandt kvinder. Derimod ses flere ekstra omkostninger i produktionstab blandt kvinder med nakkesmerter end blandt mænd.

**Figur 1.1.10** Ekstra omkostninger i produktionstab blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.



## 1.2 Social ulighed

I det følgende gives for alle byrdemål en oversigt over placeringen af den sociale ulighed for hver af de 15 sygdomme opdelt på mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover. På baggrund af den ekstra sygdomsbyrde blandt personer med videregående uddannelse er den forventede sygdomsbyrde blandt personer i de to øvrige uddannelsesgrupper (grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse) beregnet (se læsevejledning for eksempel på beregninger). Forskellen mellem den observerede og den forventede sygdomsbyrde er således den ekstra sygdomsbyrde, der estimeres blandt personer med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt disse personer havde haft samme sygdomsmønster, som personer med en videregående uddannelse. Opgørelserne i figurene i dette afsnit viser andelen af den ekstra byrde, der henholdsvis kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele populationen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Social ulighed i den ekstra sygdomsbyrde er for byrdemålene nye sygdomstilfælde, eksisterende sygdomstilfælde, dødsfald, indlæggelser, ambulante hospitalsskift og kontakter til alment praktiserende læge opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover. Social ulighed i langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner er opgjort blandt personer i alderen 30-64 år. For nogle sygdomme er der ingen opgørelser af social ulighed i visse byrdemål, enten fordi byrdemålene ikke er relevante, eller fordi der er relativt få tilfælde og derfor stor usikkerhed på estimaterne.

For sygdomme med en tidlig debutalder, såsom skizofreni, angst og depression er det sandsynligt, at den sociale ulighed kan skyldes, at den pågældende sygdom er medvirkende til at en uddannelse aldrig påbegyndes eller fuldføres.

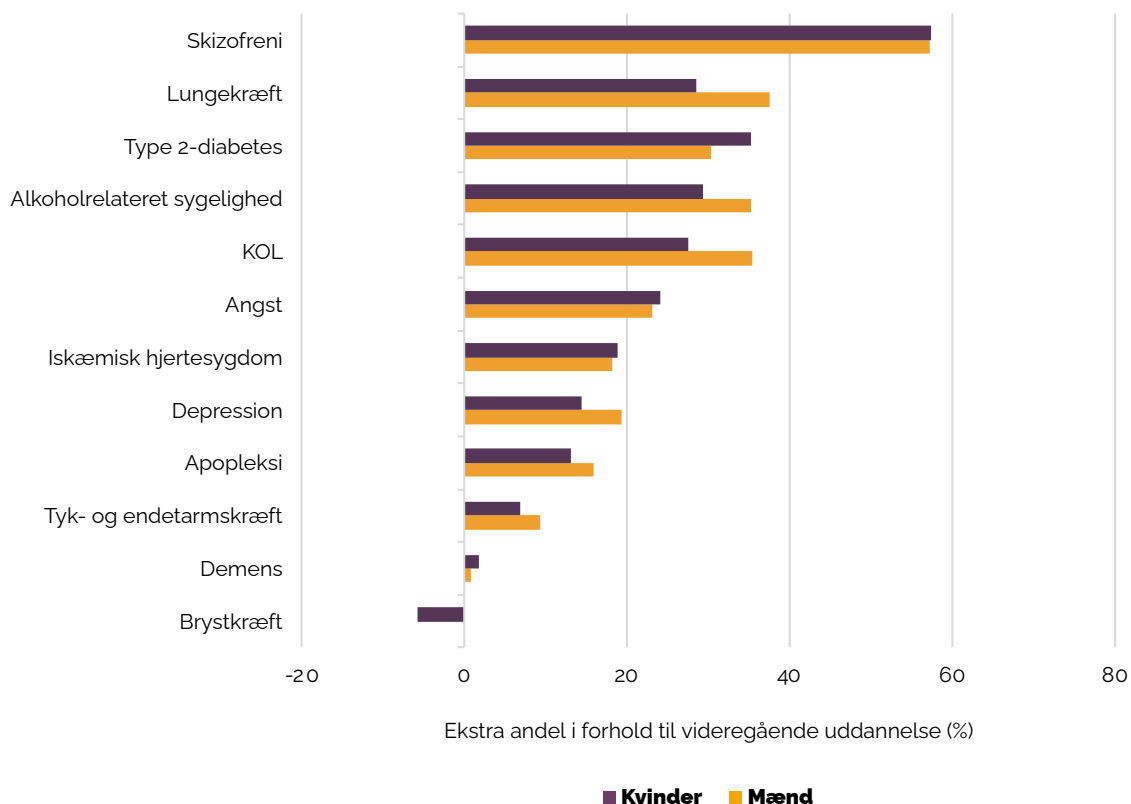
### 1.2.1 Social ulighed i antal nye sygdomstilfælde

Figur 1.2.1 viser andelen af nye sygdomstilfælde, der henholdsvis kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele befolkningen i alderen 30 år eller derover havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Det fremgår af figuren, at den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde er størst for skizofreni, efterfulgt af lungekræft, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed og KOL. Således kunne antal nye sygdomstilfælde af disse sygdomme have været 28-57 % mindre afhængigt af sygdom og køn, hvis hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Nye sygdomstilfælde af angst, iskæmisk hjertesygdom, depression og apopleksi kunne have været 13-24 % mindre afhængigt af køn og sygdom. For brystkræft ses omvendt social ulighed i nye sygdomstilfælde. Således kunne antal nye sygdomstilfælde af brystkræft have været 6 % større, hvis hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Der ses kønsforskelle i den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde af lungekræft, alkoholrelateret sygelighed, KOL og depression mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. Derimod er den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 1.2.1** Andelen (%) af nye sygdomstilfælde af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Det er ikke muligt at opgøre nye sygdomstilfælde af lænderygmerter, nakkesmerter og slidgigt. Social ulighed i nye sygdomstilfælde af brystkræft blandt mænd er ikke opgjort. Social ulighed i nye sygdomstilfælde af demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.2.2 Social ulighed i antal eksisterende sygdomstilfælde

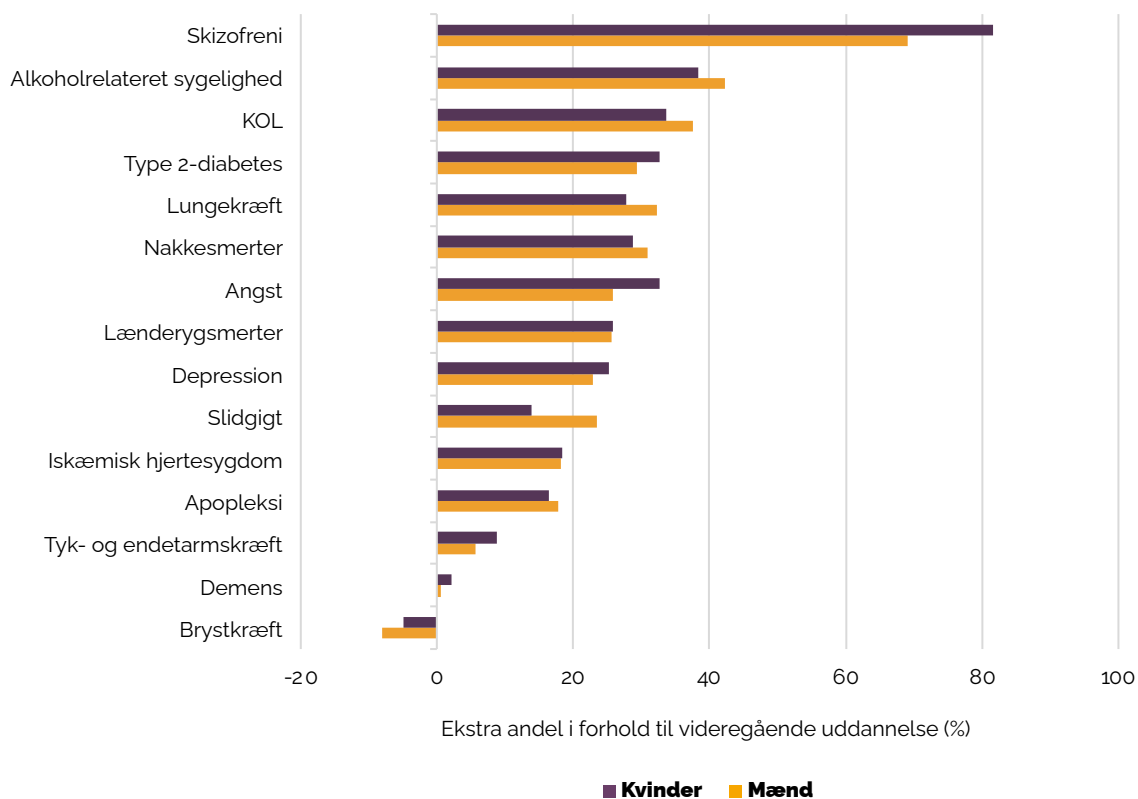
Figur 1.2.2 viser andelen af eksisterende sygdomstilfælde, der henholdsvis kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Det fremgår af figuren, at den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde er størst for skizofreni. Således kunne antallet af eksisterende sygdomstilfælde af skizofreni have været henholdsvis 69 % og 82 % mindre blandt mænd og kvinder, hvis hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed, KOL, type 2-diabetes, lungekræft, nakkesmerter og angst kunnet have været 26-42 % mindre afhængigt af køn og sygdom, mens eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter,

depression, slidgigt, iskæmisk hjertesygdom og apopleksi kunnet have været 14-26 % mindre. For brystkræft ses omvendt social ulighed i eksisterende sygdomstilfælde. Således kunne antallet af eksisterende sygdomstilfælde af brystkræft have været henholdsvis 8 % og 5 % større blandt mænd og kvinder, hvis hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af slidgigt og til dels også alkoholrelateret sygelighed, KOL og lungekræft mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. Derimod er den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af skizofreni og angst mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 1.2.2** Andelen (%) af eksisterende sygdomstilfælde af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.2.3 Social ulighed i ekstra antal dødsfald

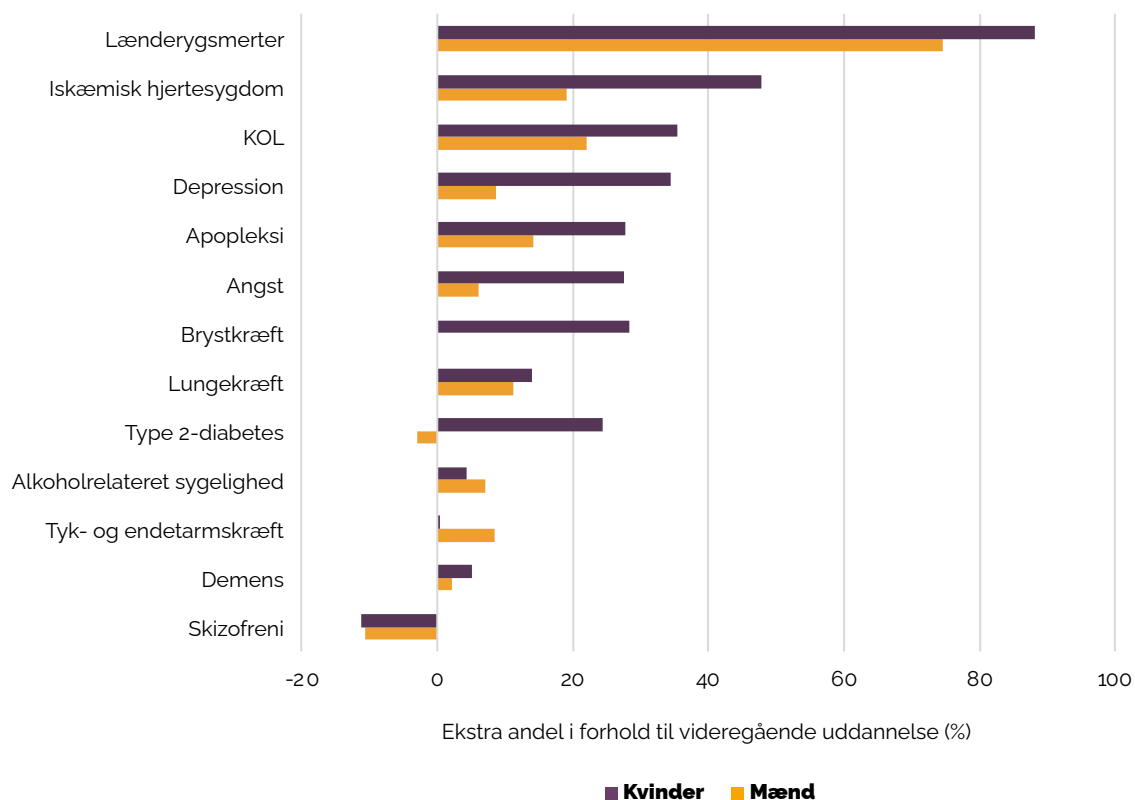
Social ulighed i ekstra antal dødsfald er opgjort for hver sygdom ved at beregne forskellen mellem det observerede og det forventede antal dødsfald blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt de havde haft samme dødelighed som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Efterfølgende er det beregnet, hvor stor en andel den ekstra byrde i forhold til videregående uddannelse udgør af det samlede ekstra antal dødsfald.

Figur 1.2.3 viser, at den sociale ulighed i ekstra antal dødsfald er størst blandt personer med lænderygsmerter. Således kunne det ekstra antal dødsfald have været henholdsvis 75 % og 88 % mindre blandt mænd og kvinder, såfremt dødeligheden blandt alle personer med lænderygsmerter havde været den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Herefter følger iskæmisk hjertesygdom, KOL, depression og apopleksi, hvor 9-48 % ekstra antal dødsfald kunnet have været undgået afhængigt af køn og sygdom. Ekstra antal

dødsfald blandt personer med angst, brystkræft, lungekræft og type 2-diabetes (kvinder) kunne have været 6-28 % mindre afhængigt af køn og sygdom. Blandt personer med skizofreni og type 2-diabetes (mænd) ses en omvendt social ulighed i ekstra antal dødsfald. Således kunne ekstra antal dødsfald blandt personer med disse sygdomme have været 3-11 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt dødeligheden havde været den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal dødsfald for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed i ekstra antal dødsfald blandt personer med lænderygsmerter, iskæmisk hjertesygdom, KOL, depression, angst, type 2-diabetes og demens mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd. Derimod er den sociale ulighed i ekstra antal dødsfald blandt personer med tyk- og endetarmskræft mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder.

**Figur 1.2.3** Andelen (%) af ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme dødelighed som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i dødelighed er ikke opgjort for brystkræft (mænd) grundet få ekstra dødsfald. Social ulighed i dødelighed for nakkesmerter og slidgigt er ikke medtaget grundet andele over 100. Social ulighed i dødelighed for demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

#### **1.2.4 Social ulighed i ekstra planlagte og akutte indlæggelser**

Social ulighed i ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort for hver sygdom ved at beregne ekstra antal indlæggelser som forskellen mellem det observerede og det forventede antal indlæggelser blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt de havde haft samme indlæggelsesmønster som personer med videregående uddannelse. Efterfølgende er det beregnet, hvor stor en andel den ekstra byrde i forhold til videregående uddannelse udgør af det samlede ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser.

##### ***Ekstra antal planlagte indlæggelser***

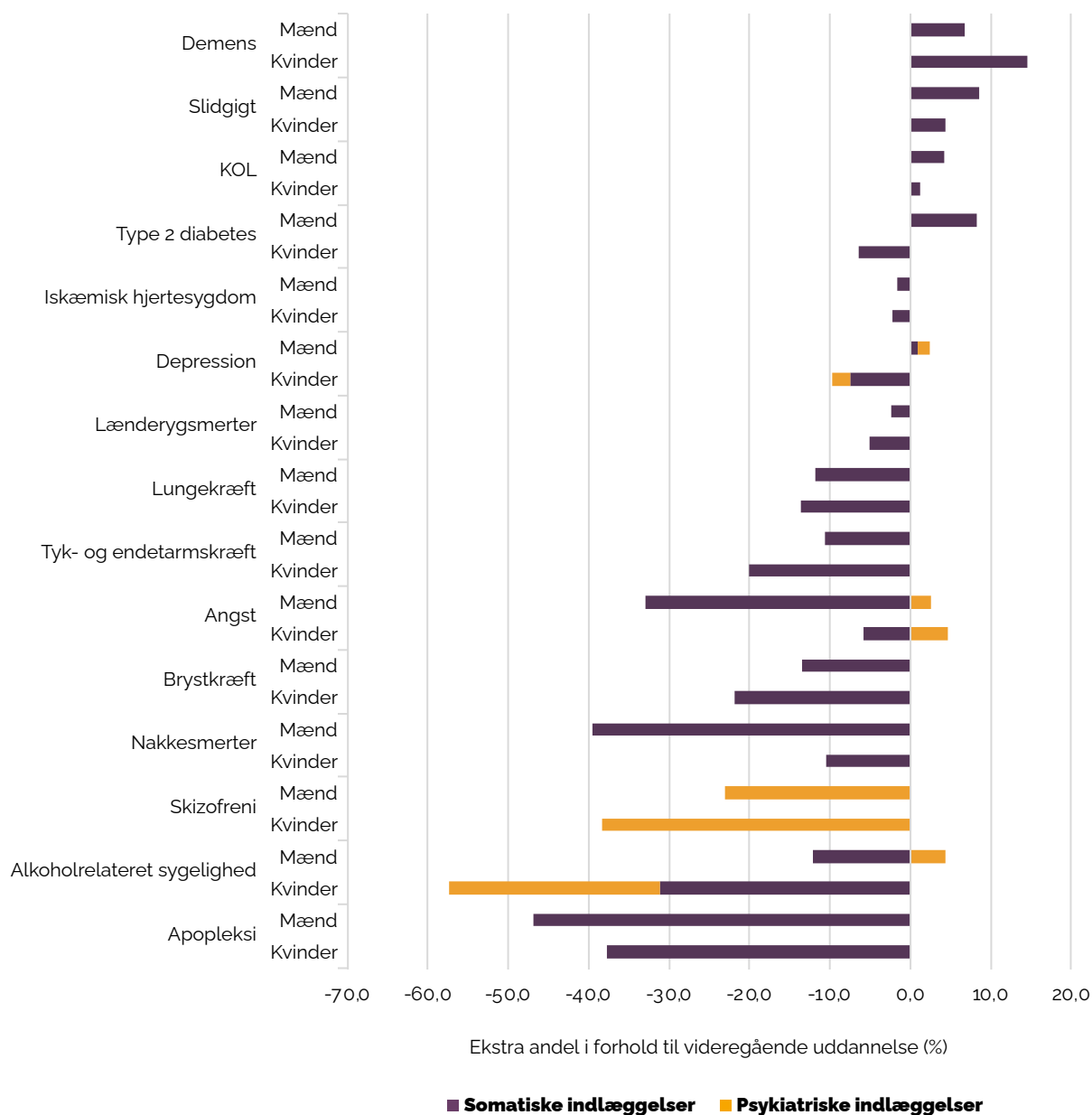
Figur 1.2.4a viser, at der for de fleste sygdomme ses en omvendt social ulighed i ekstra antal planlagte indlæggelser. I disse tilfælde er den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser størst blandt personer med apopleksi, nakkesmerter, alkoholrelateret sygelighed, angst og brystkræft. Således kunne det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser have været 35-85 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt indlæggelsesmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Herefter følger tyk- og endetarmskræft og lungekræft, hvor

det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser kunne have været 11-20 % større afhængigt af køn og sygdom. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses social ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser som følge af skizofreni og alkoholrelateret sygelighed (mænd). Således kunne det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser have været 4-38 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt indlæggelsesmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser for en del af de udvalgte sygdomme. For nakkesmerter og angst er den sociale ulighed mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder, mens den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser som følge af apopleksi, alkoholrelateret sygelighed og tyk- og endetarmskræft er mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd. Der ses ligeledes kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser, idet den sociale ulighed i ekstra antal psykiatriske indlæggelser som følge af skizofreni og alkoholrelateret sygelighed er større blandt kvinder end blandt mænd.



**Figur 1.2.4a** Andelen (%) af ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme indlæggelsesmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

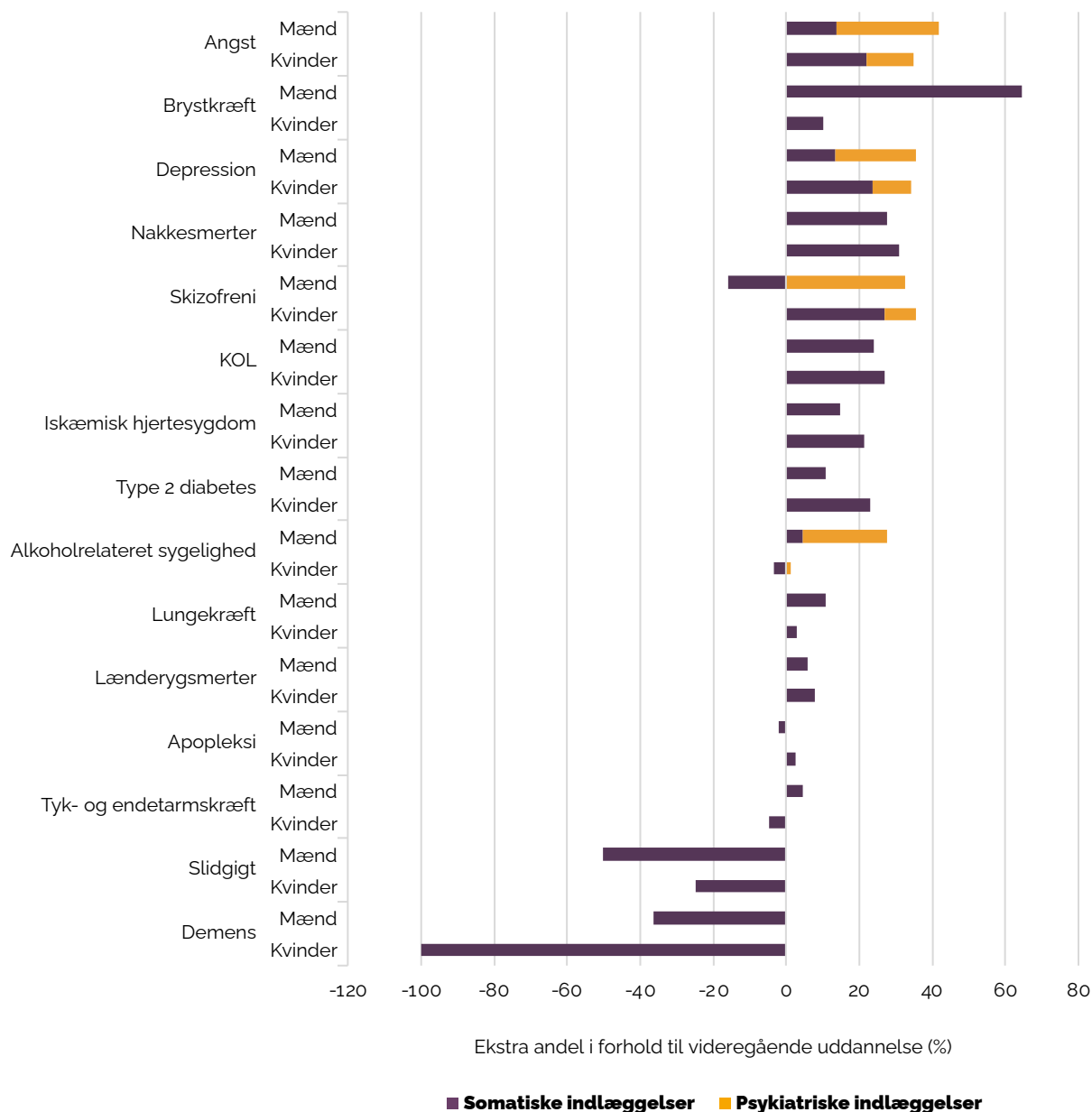
### **Ekstra antal akutte indlæggelser**

Figur 1.2.4b viser, at den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser er størst for brystkræft, nakkesmerter og KOL. Således kunne det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser som følge af disse sygdomme have været 10-65 % mindre afhængigt af køn og sygdom, såfremt indlæggelsesmønstret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. For iskæmisk hjertesygdom, angst, type 2-diabetes, depression og skizofreni (kvinder) kunne det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser have været 11-27 % mindre afhængigt af køn og sygdom. For sygdommene skizofreni (mænd), demens og slidgigt ses en omvendt social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser. Således kunne det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser som følge af disse sygdomme have været 16-100 % større afhængigt af køn og sygdom. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses social ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser som følge

af angst, depression, skizofreni og alkoholrelateret sygelighed (mænd). Således kunne det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser som følge af disse sygdomme have været 9-33 % mindre afhængigt af køn og sygdom.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser for en del af de udvalgte sygdomme. For angst, depression, skizofreni, iskæmisk hjertesygdom, type 2-diabetes og demens er den sociale ulighed mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd. Derimod er den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser som følge af sygdommene lungekræft og slidgigt mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. Der ses ligeledes kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser, idet den sociale ulighed for angst, depression, skizofreni og alkoholrelateret sygelighed er mere udtalt blandt mænd, mens den for demens er mest udtalt end blandt kvinder.

**Figur 1.2.4b** Andelen (%) af ekstra antal akutte somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme indlæggelsesmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### **1.2.5 Social ulighed i ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Social ulighed i ekstra antal planlagte og akutte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter er opgjort for hver sygdom ved at beregne det ekstra antal ambulante kontakter som forskellen mellem det observerede og det forventede antal ambulante kontakter blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt de havde haft samme kontaktmønster som personer med videregående uddannelse. Efterfølgende er det beregnet, hvor stor en andel den ekstra byrde i forhold til videregående uddannelse udgør af det samlede ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter.

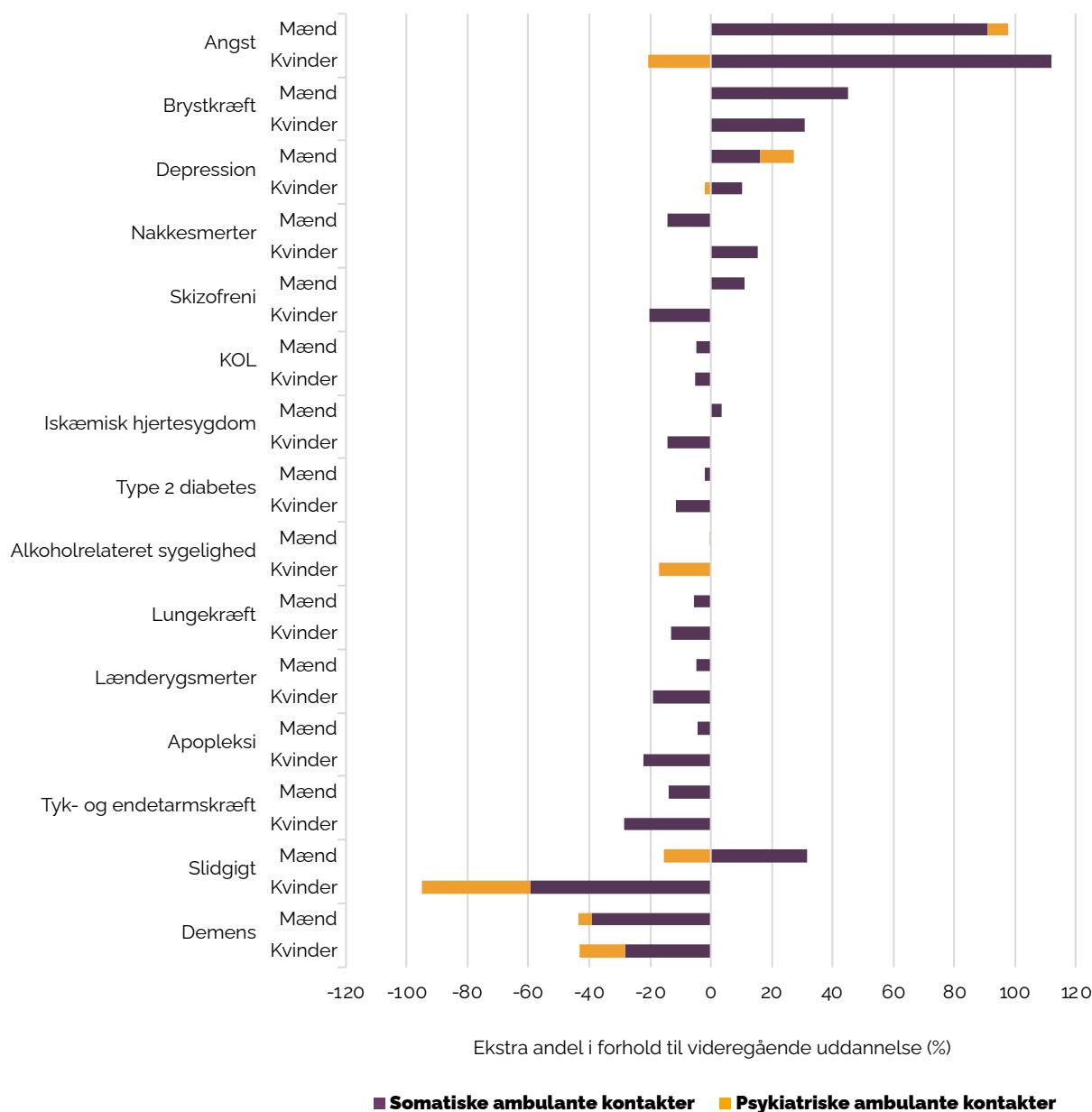
#### **Ekstra antal planlagte ambulante kontakter**

Figur 1.2.5a viser, at der for en del af sygdommene ses en omvendt social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter. I disse tilfælde er den sociale ulighed størst for depression og skizofreni (kvinder). Således kunne det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter som følge af disse sygdomme have været 28-60 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt kontaktmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. For tyk- og endetarmskræft, KOL, lungekræft og iskæmisk hjertesygdom kunne det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter have været 4-29 % større afhængigt af køn og sygdom. For alkoholrelateret sygelighed, apopleksi og demens ses ligeledes social ulighed i

ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter. I disse tilfælde kunne det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter have været 10-111 % mindre afhængigt af køn og sygdom. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses social ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter for alkoholrelateret sygelighed, angst (kvinder), skizofreni og depression (kvinder). Således kunne det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter have været 15-34 % større, såfremt kontaktmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed for demens, lænderygsmerter, skizofreni og depression mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. Derimod er den sociale ulighed for alkoholrelateret sygelighed, nakkesmerter, type 2-diabetes, lungekræft, KOL og tyk- og endetarmskræft mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd. Der ses ligeledes kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter, idet den sociale ulighed for skizofreni, angst og depression er mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd, mens den sociale ulighed for demens er mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. For alkoholrelateret sygelighed er den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter modsat blandt mænd og kvinder.

**Figur 1.2.5a** Andelen (%) af ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme kontaktmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i planlagte somatiske ambulante kontakter er ikke medtaget for angst grundet andele baseret på små tal. Social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante kontakter for demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

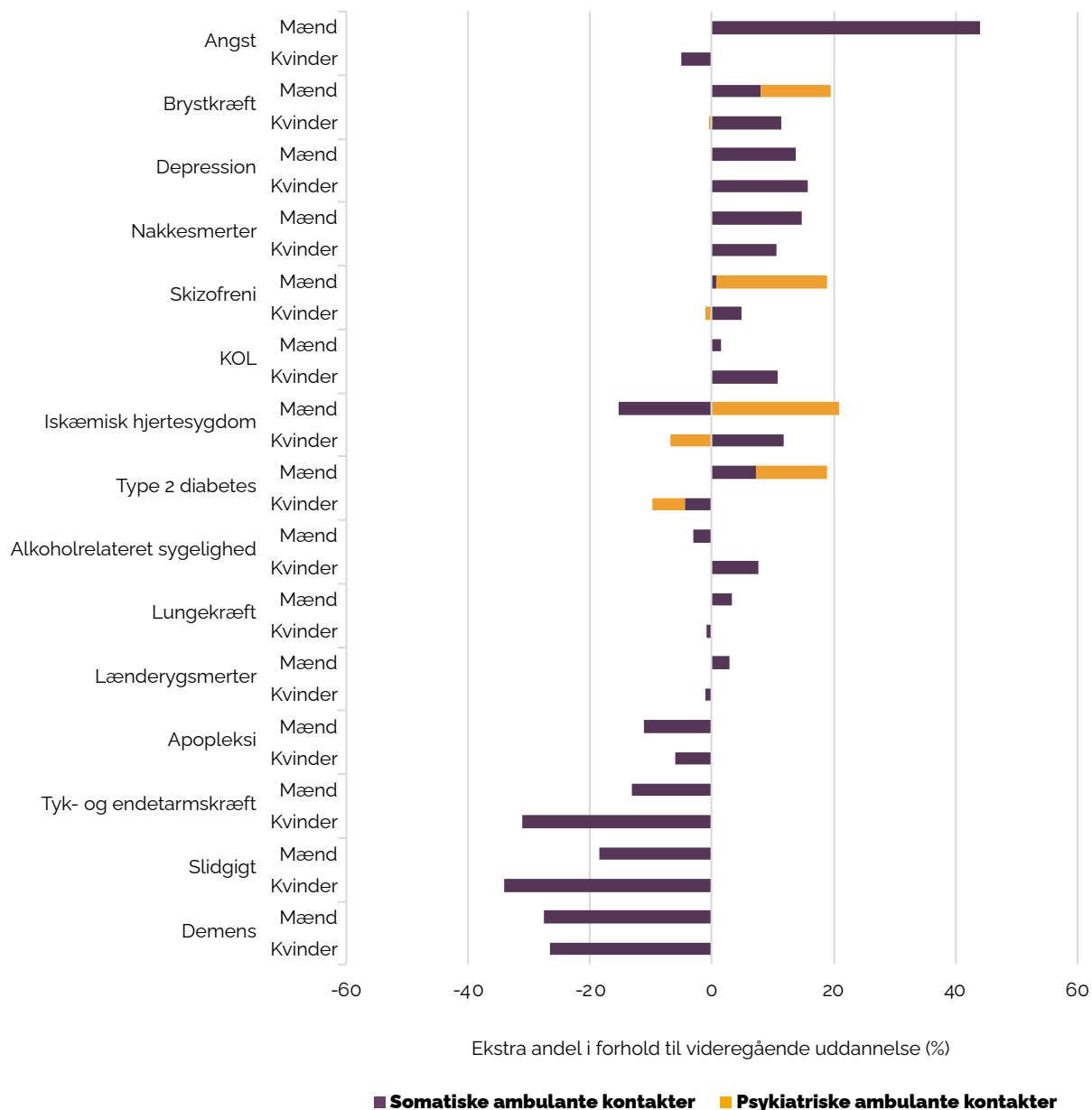
### **Ekstra antal akutte ambulante kontakter**

Figur 1.2.5b viser, at den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter er størst for brystkræft (mænd), KOL, nakkesmerter og depression. Således kunne det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter som følge af disse sygdomme have været 8-44 % mindre afhængigt af køn og sygdom, såfremt kontaktmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. For en del af sygdommene ses en omvendt social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter. I disse tilfælde er den sociale ulighed størst for lænderygsmærter, slidgigt og tyk- og endetarmskræft. Således kunne det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter som følge af disse sygdomme have været 13-34 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt kontaktmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det fremgår endvidere af figuren, at der ses social ulighed i ekstra antal

akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd med henholdsvis depression, angst, skizofreni og alkoholrelateret sygelighed. Således kunne det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter som følge af disse sygdomme have været 11-21 % mindre.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i andelen af ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed i type 2-diabetes, tyk- og endetarmskræft og slidgigt er mere udtalt blandt kvinder. Der ses ligeledes kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter, idet den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter som følge af depression og angst er mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. For alkoholrelateret sygelighed og skizofreni er retningen for den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter modsat blandt mænd og kvinder.

**Figur 1.2.5b** Andelen (%) af ekstra antal akutte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme kontaktmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter for demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### **1.2.6 Social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge**

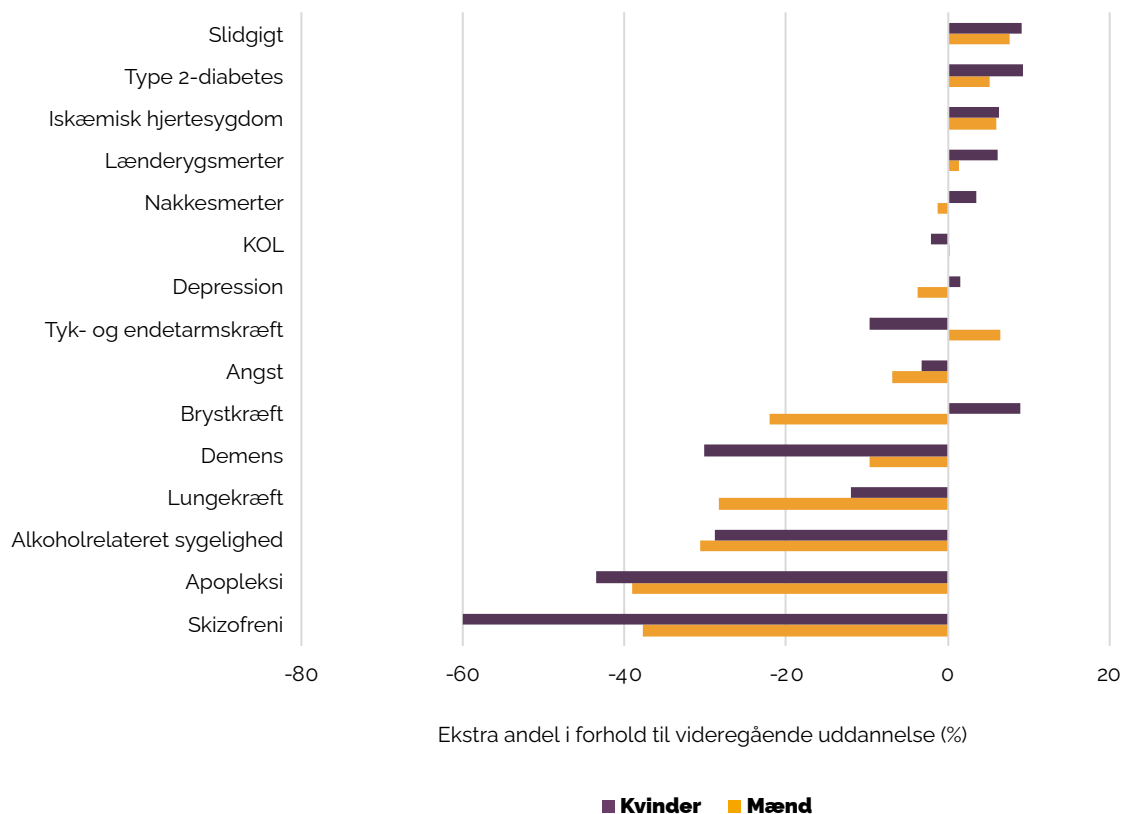
Social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort for hver sygdom ved at beregne det ekstra antal kontakter som forskellen mellem det observerede og det forventede antal kontakter blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial, såfremt de havde haft samme kontaktmønster som personer med videregående uddannelse. Efterfølgende er det beregnet, hvor stor en andel den ekstra byrde i forhold til videregående uddannelse udgør af det samlede ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge. Figur 1.2.6 viser, at der ses omvendt social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge for en del af sygdommene. I disse tilfælde er den sociale ulighed størst blandt personer med skizofreni, apopleksi og alkoholrelateret sygelighed.

Således kunne det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge som følge af disse sygdomme have været 23-44 % større afhængigt af køn og sygdom, såfremt kontaktmønsteret blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. For sygdommene demens, lungekræft og brystkræft kunne det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge have været 9-31 % større afhængigt af køn og sygdom.

Der ses kønsforskelle i den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge for enkelte af de udvalgte sygdomme. For sygdommene lungekræft er den sociale ulighed i ekstra antal lægekontakter mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder, mens den sociale ulighed for skizofreni og demens er mere udtalt blandt kvinder.



**Figur 1.2.6** Andelen (%) af ekstra antal kontakter til alment praktiserende blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme kontaktmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge for demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

### 1.2.7 Social ulighed i ekstra antal nytilkendte førtidspensioner

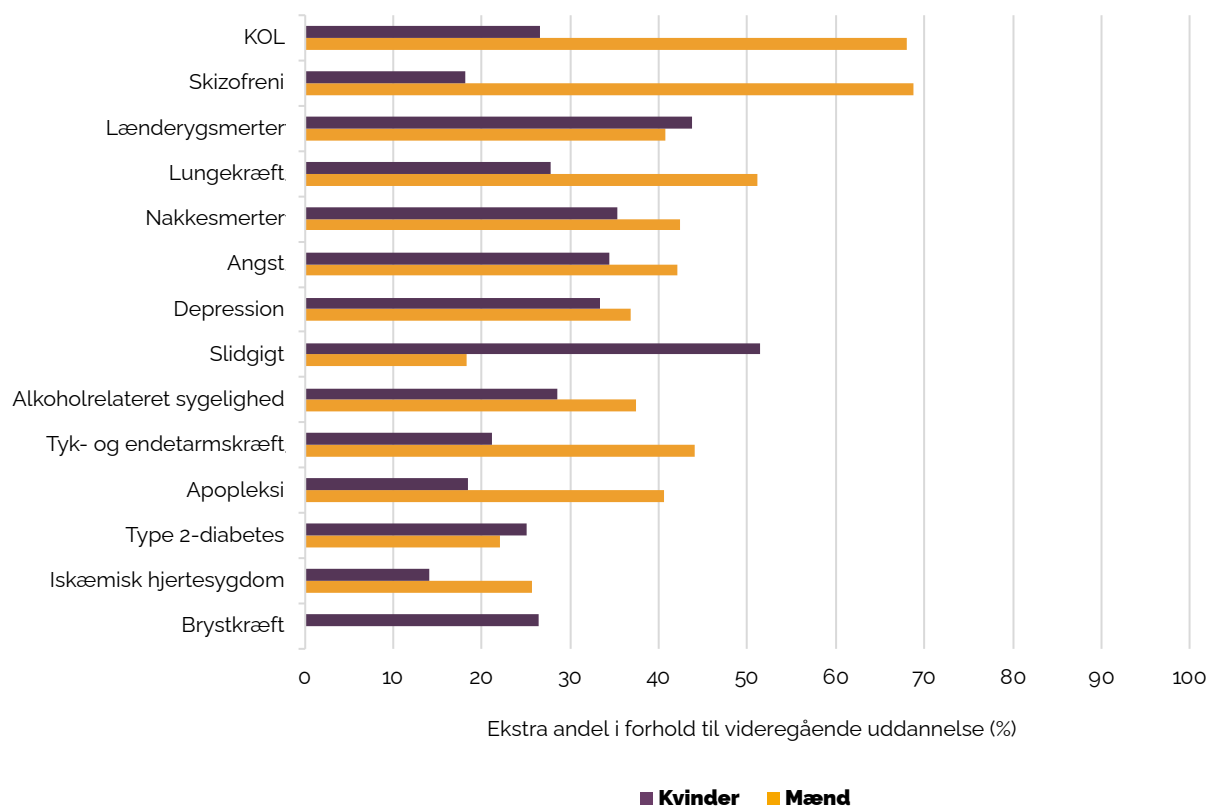
Social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort for hver sygdom ved at beregne forskellen mellem det observerede og det forventede antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt de havde haft samme mønster for førtidspensionering som personer med videregående uddannelse. Efterfølgende er det beregnet, hvor stor en andel den ekstra byrde i forhold til videregående uddannelse udgør af det samlede ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension.

Figur 1.2.7 viser, at der er social ulighed i det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension for alle de udvalgte sygdomme. Den sociale ulighed i ekstra personer med nytilkendt førtidspension er størst for sygdommene KOL, skizofreni og lænderygsmærter, efterfulgt af lungekræft, nakkesmerter, angst og depression. Således kunne det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension som følge af disse sygdomme have været 18-69 %

mindre afhængigt af køn og sygdom, såfremt mønsteret for førtidspensionering blandt personer med disse sygdomme havde været det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. For sygdommene slidgigt, alkoholrelateret sygelighed, tyk- og endetarmskræft, apopleksi, type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og brystkræft kunne det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension have været 14-52 % mindre afhængigt af køn og sygdom.

Generelt er den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension større blandt mænd end blandt kvinder for en del af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis er den sociale ulighed for sygdommene KOL, skizofreni, lungekræft, angst, nakkesmerter, alkoholrelateret sygelighed, tyk- og endetarmskræft, apopleksi og iskæmisk hjertesygdom mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder. For slidgigt er den sociale ulighed mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 1.2.7** Andelen (%) af ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med udvalgte sygdomme, der kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt alle personer med den givne sygdom havde haft samme mønster for førtidspensionering som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.



Note: Social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd med brystkræft er ikke opgjort. Social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lungekræft og tyk- og endetarmskræft er opgjort blandt personer i alderen 50-64 år. Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.



# 2

## Baggrund

## 2. Baggrund

Opgørelse og monitorering af hvilke sygdomme, der er årsag til den største ekstra byrde målt eksempelvis ved ekstra dødelighed, ekstra brug af sundhedsvæsenet og ekstra samfundsøkonomiske konsekvenser, er et centralt redskab, som bidrager med vigtig viden til prioritering, planlægning, forskning og uddannelse på sundhedsområdet. Det overordnede formål med denne rapport er at analysere betydningen af 15 udvalgte sygdomme for en række byrdemål for dødelighed, sygelighed, sundhedssektor- og samfundsøkonomi i Danmark samt at analysere social ulighed i den ekstra byrde for de udvalgte sygdomme. Endelig beskrives forekomsten af multisygdom blandt populationen af personer, der har en eller flere af de 15 udvalgte sygdomme, som indgår i denne rapport.

Rapportens resultater kan ses som en udvidelse af det internationale studie GBD-2019, der måler byrden af sygdomme ved et sammenfattende mål for både sygelighed og dødelighed, der primært er anvendeligt til at sammenligne på tværs af lande og internationale regioner (1). Ved nationale byrdeopgørelser er det relevant at inkludere flere byrdemål, der belyser specifikke konsekvenser som eksempelvis den ekstra byrde af en given sygdom i forhold til brug af sundhedsvæsenet og fravær fra arbejdsmarkedet. På den måde skabes en bred viden om byrden og betydningen af sygdomme for sygelighed og dødelighed. Resultaterne vil derfor være relevante både i en dansk og international sammenhæng.

Resultater fra tidligere danske studier om byrden af udvalgte sygdomme er i udstrakt grad blevet brugt bredt i debatten om forebyggelse og sundhed samt som prioriterings- og planlægningsværktøj nationalt, regionalt og kommunalt. I 2006 udarbejdede Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet (SDU) den første rapport om byrden af udvalgte risikofaktorer "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" for Sundhedsstyrelsen (2). I 2015 blev rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme" udgivet (3). Derefter fulgte en opdatering af rapporten omhandlende risikofaktorer i 2016 "Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer" (4) og en opgørelse omhandlende ulykker, selvskade og selvmord (5). Opgørelser af den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI, vil herved bygge ovenpå og udvide fund fra tidligere rapporter.

Et nationalt dansk studie om den ekstra sygdomsbyrde blandt personer med de udvalgte sygdomme giver mulighed for at belyse den sociale ulighed målt ved længst fuldførte uddannelse. Det bidrager til både prioritering og planlægning i forhold til at forebygge social ulighed inden for sundhedsområdet, både nationalt og internationalt.

## 2.1 Formål

Denne rapport beskriver, hvordan den ekstra byrde ved 15 sygdomme fordeler sig i befolkningen efter køn og alder. Den ekstra byrde spænder over en bred vifte af byrdemål i form af ekstra dødelighed, ekstra antal kontakter i forbindelse med behandling i både praksissektor og hospitalsvæsen, ekstra sundhedssektorøkonomiske konsekvenser og ekstra fravær fra arbejdsmarkedet. Inden for de enkelte sygdomme er der lavet beregninger af, hvordan den ekstra byrde ved de enkelte byrdemål fordeler sig i forhold til social ulighed. Det er gjort ved beregninger af, hvorledes den ekstra byrde fordeler sig mellem personer med grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Slutteligt beskrives forekomsten af multisygdom ved samtidig tilstedeværelse af to eller flere af de 15 udvalgte sygdomme.

Formålet med rapporten er at estimere den ekstra byrde blandt personer med én af de 15 udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Der er altså fokus på den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom i rapporten. Der er lagt vægt på, at resultaterne kan sammenlignes på tværs af sygdomme og kan anvendes af beslutningstagere og planlæggere i både kommuner, regioner og nationalt.

Den ekstra byrde er beregnet blandt personer med sygdomme, der belaster folkesundheden i Danmark markant. Udvalget af de 15 sygdomme er fastlagt i samarbejde med en faglig ekspertgruppe, således at det er sikret, at de udvalgte sygdomme er relevante i en bred sammenhæng i forhold til byrden i Danmark, herunder at der er et vist forebyggelsespotentiale og at sygdommene afspejler variationer i forhold til et bredt spektrum af byrdemål.

Hensigten med rapporten er ikke at gentage de beregninger, der er foreliggende i udgivelsen om byrden ved udvalgte sygdomme fra 2015, men i stedet at supplere med yderligere mål for, hvad den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom er, når de sammenlignes med personer, der har samme karakteristika – fraset den pågældende sygdom. Rapporten fastholder samme fokus på social ulighed, som er at finde i de tidligere byrderapporter og opgør den ekstra byrde i forhold til længst fuldførte uddannelse.

## 2.2 De udvalgte sygdomme

I denne rapport estimeres den ekstra byrde blandt personer med én af de 15 udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Sygdommene er udvalgt på baggrund af tre kriterier:

1. En betydelig vægt ifølge opgørelsen for Danmark i det globale sygdomsbyrdestudie GBD-2019.
2. Et vist forebyggelsespotentiale.
3. Mulighed for register- eller spørgeskemabaseret opgørelser af den ekstra byrde ved at identificere personer i den danske befolkning med en given sygdom og efterfølgende lave opgørelser af en given ekstra byrde, når de sammenlignes med personer, der ikke har pågældende sygdom.

Tabel 2.2.1 viser de 15 udvalgte sygdomme i denne rapport.

**Tabel 2.2.1** Oversigt over de 15 udvalgte sygdomme.

Sygdomme
Lungekræft
Brystkræft
Tyk- og endetarmskræft
Type 2-diabetes
Alkoholrelateret sygelighed
Depression
Angst
Skizofreni
Demens
Iskæmisk hjertesygdom
Apopleksi
KOL
Lænderygsmerter
Nakkesmerter
Slidgigt



## 2.3 De udvalgte sygdomsbyrdemål

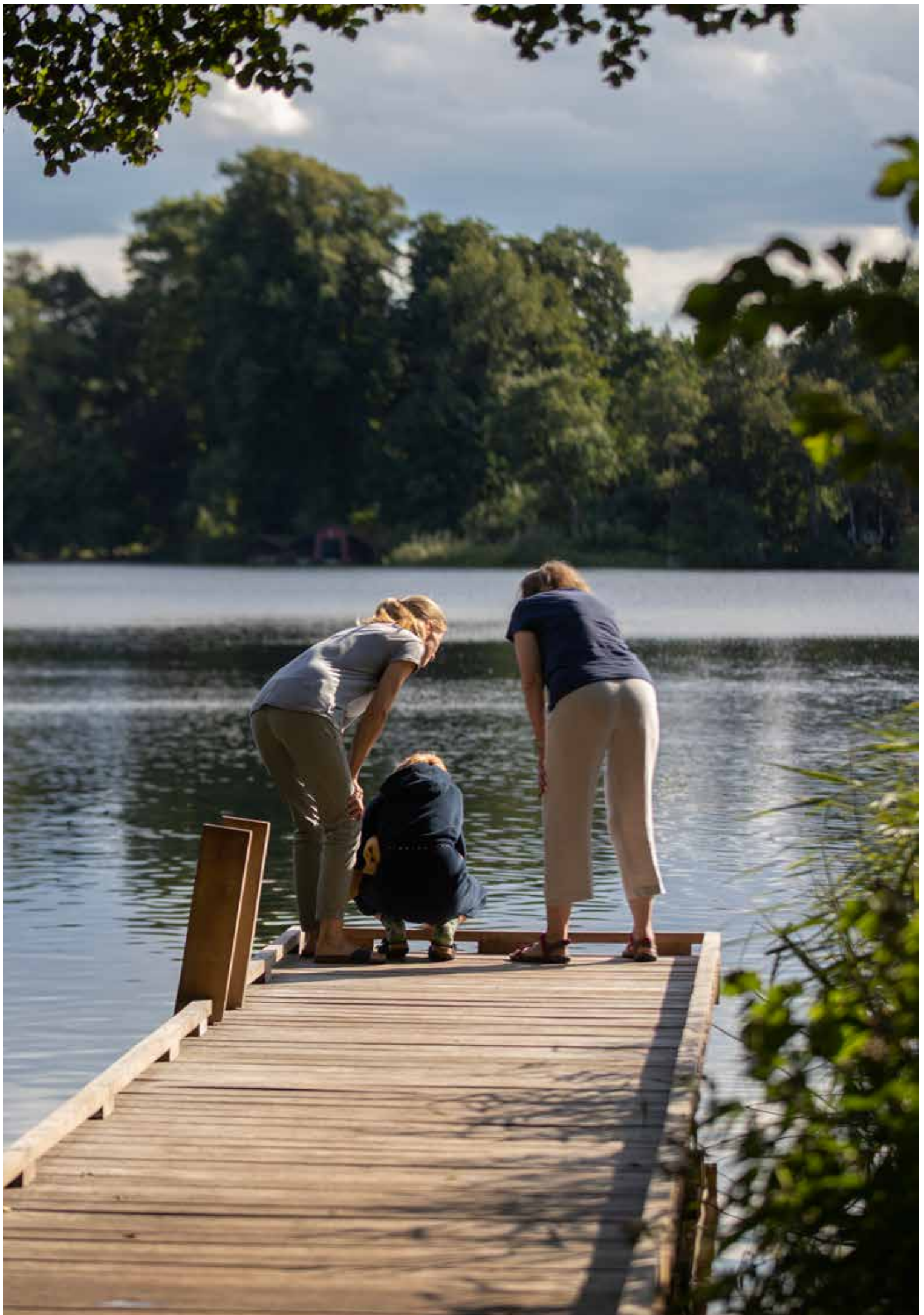
Den ekstra byrde ved 15 udvalgte sygdomme opgøres ved hjælp af en række byrdemål. Tabel 2.3.1 viser en oversigt over de 19 byrdemål.

**Tabel 2.3.1** Oversigt over byrdemål.

Byrdemål
<b>Forekomst</b>
Nye sygdomstilfælde
Eksisterende sygdomstilfælde
<b>Dødelighed</b>
Ekstra antal dødsfald
<b>Kontakter til hospitalssektoren</b>
Ekstra antal indlæggelser på somatiske og psykiatriske hospitaler
Ekstra antal ambulante kontakter på somatiske og psykiatriske hospitaler
<b>Kontakter til praksissektoren</b>
Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge
Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor
Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater
Ekstra antal kontakter til fodterapeut
Ekstra antal kontakter til øjenlæge
<b>Fravær fra arbejdsmarkedet</b>
Ekstra antal sygedage med langvarigt sygefravær
Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner
<b>Sundhedssektorøkonomi</b>
Ekstra omkostninger til hospitalssektoren
Ekstra omkostninger til praksissektoren
Ekstra omkostninger til receptpligtig medicin
Ekstra omkostninger til hjemmehjælp
<b>Produktionstab ved fravær fra arbejdsmarkedet</b>
Ekstra produktionstab grundet sygefravær
Ekstra produktionstab grundet nytilkendte førtidspensioner
Ekstra produktionstab grundet tidlig død

## 2.4 Referencer

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204–22.
2. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark: Statens Institut for folkesundhed; 2006.
3. Flachs EM EL, Koch MB et al. . Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. . København: Syddansk Universitet, folkesundhed. Sif; 2015.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: risikofaktorer: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: Ulykker, selvskaade og selvmord: Sundhedsstyrelsen; 2016.



# 3

## Læsevejledning

## 3. Læsevejledning

I kapitel 5-19 præsenteres rapportens resultater i forhold til beregninger af den ekstra byrde blandt personer, der har en af de 15 udvalgte sygdomme: lungekræft, brystkræft, tyk- og endetarmskræft, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed, depression, angst, skizofreni, demens, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt. Hvert kapitel indledes med en introduktion til sygdommen. Herefter følger en opgørelse af nye og eksisterende sygdomstilfælde som et årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16 år eller derover. Både nye og eksisterende sygdomstilfælde udgør populationen af personer med en given sygdom. For de resterende byrdemål, vil den ekstra byrde blive opgjort som forskellen mellem byrden blandt personer med en given sygdom og den gennemsnitlige byrde for en referencepopulation uden den givne sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Hver person med en given sygdom er matchet med 5 personer uden sygdommen.

### 3.1 Tabeller

For hvert byrdemål (undtaget sygedage ved langvarigt sygefravær, omkostninger i sundhedsvæsenet og produktionstab) er der to tabeller. Den første tabel viser den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom, når de sammenlignes med referencepopulationen. Den ekstra byrde er eksempelvis opgjort ved ekstra antal kontakter, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer og som andel af alle kontakter. Den ekstra byrde er opdelt efter køn og alder ved aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-74 år og 75+ år. Desuden vises resultater for 30+ -årige, som udgør den population, der indgår i opgørelser af social ulighed. På den måde, er det muligt at se, hvor stor en population, der indgår i opgørelser af social ulighed for de enkelte byrdemål. Alle opgørelser er opdelt på køn. Når der er færre end 5 personer med en given sygdom inden for de enkelte alders- og uddannelsesgrupper i enten sygdoms- eller referencepopulationen, så udelades gruppen i opgørelsen. Det angives ved - (bindestreg).

Den anden tabel inkluderer personer i alderen 30 år eller derover, og er opdelt på køn og længst fuldførte uddannelse opdelt på grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, videregående uddannelse og uoplyst uddannelse. Opgørelsen er lavet blandt personer, der er 30 år eller derover, for at tilstræbe et retvisende billede af den endelige uddannelse. Tabellen beskriver ekstra antal kontakter og ekstra antal kontakter pr. 1000 personer. Blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse beregnes også det ekstra antal kontakter og andel af alle ekstra kontakter, der kunne være undgået eller tillagt, hvis alle personer med en given sygdom havde samme kontaktmønster som gruppen af personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Det angives ved forkortelsen ref. for personer med videregående uddannelse i tabeller for social ulighed. Opgørelsen laves ikke for personer med uoplyst uddannelse, hvilket angives ved en tom celle. For nogle byrdemål er antallet negativt, hvilket angiver, at der ville have været flere kontakter, hvis alle havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt personer med videregående uddannelse.

Der er ikke lavet beregninger af social ulighed for ekstra sygedage. Der er heller ikke lavet beregninger af social ulighed for ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater, kiropraktor og fysioterapeut samt fodterapeut. Opgørelser for omkostninger i sundhedsvæsenet og tabt produktion er ligeledes ikke opgjort i forhold til social ulighed.

Nedenfor gives to tabeleksempler; den første er et eksempel på en tabel, hvor den ekstra byrde er opgjort blandt personer med en given sygdom, når de sammenlignes med referencepopulationen, den anden er et eksempel på opgørelse af, hvordan den ekstra byrde i populationen af personer med en given sygdom fordeler sig i forhold til længst fuldførte uddannelse. Som følge af at ratioen mellem personer med de udvalgte sygdomme og referencepopulationen kan variere på tværs af aldersgrupper og uddannelsesgrupper og grundet afrundinger, kan summen af tal i tabeller afvige fra totalen.

**Tabeleksempel 1** Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.031.166	4.666,4	2,2
I alt 30+ år	1.028.790	4.671,9	2,5
<b>Mænd</b>			
16-29 år	1.302	2.808,8	0,1
30-49 år	43.020	4.614,4	1,2
50-64 år	175.021	4.433,9	3,7
65-74 år	191.850	4.346,5	4,5
75+ år	167.714	4.052,1	4,4
I alt for mænd	578.907	4.294,9	3,1
I alt for mænd 30+ år	577.605	4.300,1	3,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	1.074	3.545,2	0,0
30-49 år	29.847	5.715,1	0,4
50-64 år	117.171	5.418,6	1,9
65-74 år	134.487	5.479,5	2,7
75+ år	169.680	4.919,0	3,0
I alt for kvinder	452.259	5.247,4	1,6
I alt for kvinder 30+ år	451.185	5.253,4	1,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret

**Ekstra antal kontakter** angiver det ekstra antal kontakter, der ses blandt personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer i referencepopulationen uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI fraset myokardieinfarkt og CVD. I eksemplet har mænd med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30-49 år årligt 43.020 flere kontakter i forhold til mænd i referencepopulationen.

**Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer** angiver det ekstra antal kontakter, der ses blandt 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til 1.000 personer i referencepopulationen uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI fraset myokardieinfarkt og CVD. I eksemplet har 1.000 mænd i alderen 30-49 år med iskæmisk hjertesygdom årligt 4.614,4 flere kontakter til alment praktiserende læge i forhold til 1.000 mænd i referencepopulationen.

**Andel (%) af alle kontakter** angiver den andel, som de ekstra antal kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom udgør af alle kontakter til alment praktiserende læge. I eksemplet udgør de ekstra antal kontakter blandt mænd i alderen 30-49 år med iskæmisk hjertesygdom 1,2 procent af alle kontakter til alment praktiserende læge pr. år for mænd i aldersgruppen.



**Tabelkseksempel 2** Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse opdelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	1.028.790	4.760,1	63.116	6,1
<b>Mænd</b>				
Grundskole	185.302	4.341,2	14.983	8,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	264.273	4.311,0	19.665	7,4
Videregående	105.943	3.990,2	ref.	ref.
Uoplyst	22.087	5.196,3		
I alt for mænd	577.605	4.285,3	34.647	6,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	204.152	5.386,0	18.760	9,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	153.590	5.221,1	9.709	6,3
Videregående	78.869	4.891,1	ref.	ref.
Uoplyst	14.574	5.315,1		
I alt for kvinder	451.185	5.234,9	28.469	6,3

Datakilde: Sygesikringsregisteret og Uddannelsesregisteret.

**Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer:** angiver det ekstra antal kontakter, der ses blandt 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer i referencepopulationen uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI fraset myokardieinfarkt og CVD.  
I eksemplet har mænd med iskæmisk hjertesygdom, der har en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, årligt 4.311,0 flere kontakter pr. 1000 personer i forhold til mænd i referencepopulationen.

**Ekstra antal kontakter i forhold til videregående uddannelse:** Antal angiver det ekstra antal kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom, der ses blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse i forhold til personer med en videregående uddannelse. Antallet er beregnet som forskellen mellem det observerede antal og det optimale antal. Beregningen er lavet således: Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer er 3.990,2 blandt mænd med videregående uddannelse og 4.311,0 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Herved kan det optimale antal kontakter beregnes ved  $264.273/4.311,0 \cdot 3.990,2 = 244.607$ . Forskellen mellem det observerede ekstra antal kontakter og det optimale ekstra antal kontakter er altså  $264.273 - 244.607 = 19.665$  ekstra kontakter. I dette eksempel vil det sige, at hvis alle mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt mænd med videregående uddannelse, ville der være 19.665 færre kontakter.  
I de fleste tilfælde er dette tal positivt og angiver det ekstra antal kontakter, der kunne være undgået, hvis alle personer med en given sygdom havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt personer med videregående uddannelse. I nogle tilfælde er antallet negativt, hvilket angiver, at der ville være flere kontakter, hvis alle havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt personer med videregående uddannelse.

**Ekstra andel kontakter i forhold til videregående uddannelse:** % angiver den tilsvarende andel af ekstra antal kontakter, der ville have været undgået eller tillagt, hvis alle personer med iskæmisk hjertesygdom havde samme ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer som gruppen af personer med en videregående uddannelse.  
I dette eksempel er det 7,4 %, hvilket vil sige, at hvis mænd, der har iskæmisk hjertesygdom, med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse havde samme ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer som mænd med en videregående uddannelse, ville de have 7,6 % færre kontakter til alment praktiserende læge.  
I de fleste tilfælde er dette tal positivt, hvilket vil sige, at andelen af de ekstra kontakter kunne være undgået. I nogle tilfælde er andelen negativ, hvilket angiver, at der ville være flere kontakter, hvis alle havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt mænd med videregående uddannelse.





### 3.2 Kommentering

Inden hver tabel kommenteres et udsnit af de mest relevante resultater. I forhold til tabeleksempel 1 betyder det, at der kommenteres på den samlede ekstra årlige byrde (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge), i hvilken aldersgruppe den største ekstra byrde per 1.000 personer ses samt andelen, som den ekstra byrde udgør af den samlede byrde. Dette kommenteres blandt mænd og kvinder.

I forhold til tabeleksempel 2 betyder det, at det kommenteres, hvilken uddannelsesgruppe der har den største ekstra byrde, og om der er tale om social ulighed inden for det pågældende byrdemål. Dette kommenteres blandt mænd og kvinder.

Social ulighed: I denne rapport tales om social ulighed i den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom, når der for et givent byrdemål er en ekstra byrde blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse i forhold til personer med videregående uddannelse, eller hvor det omvendte er tilfældet. Der kommenteres også på, om der ses en gradient i social ulighed. I nærværende rapport angiv-

er en gradient i social ulighed, at den ekstra byrde stiger gradvist med kortere uddannelse. På samme måde angiver en omvendt gradient, at den ekstra byrde falder gradvist med kortere uddannelse.

Samfundsøkonomiske omkostninger: De sidste to tabeller inden for hver sygdom omhandler ekstra økonomiske omkostninger blandt personer med en given sygdom. Ekstra omkostninger er opdelt på omkostninger til sundhedsvæsenet og omkostninger i forbindelse med tabt produktion. Opgørelserne er opdelt på aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-74 år og 75+ år. Desuden vises resultater for omkostninger pr. 1.000 personer, og alle opgørelser er opdelt på køn og samlet blandt mænd og kvinder. Der kommenteres på, hvor stor den samlede ekstra omkostning er inden for henholdsvis sundhedsvæsenet og tabt produktion. Derudover kommenteres der på hvorvidt størstedelen af de ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet kan henføres praksissektoren, sygehussektoren, medicin eller hjemmehjælp. På samme vis kommenteres der på hvorvidt størstedelen af de ekstra omkostninger til tabte produktion kan henføres langvarigt sygefravær, førtidspension eller tidlig død. Der kommenteres samlet blandt mænd og kvinder.

**Tabeleksempel 3** Ekstra omkostninger til behandling og pleje blandt personer med iskæmisk hjertesygdom opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Omkostninger i alt Sektor:	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	97,4	3.272,8	342,1	-44,5	3.667,8
<b>Mænd</b>					
16-29 år	0,1	5,0	0,1	-	5,2
30-49 år	4,2	170,1	10,7	-1,1	183,9
50-64 år	16,9	622,5	58,5	-9,5	688,4
65-74 år	18,6	735,8	72,8	-20,7	806,5
75+ år	16,1	636,2	52,2	-21,2	683,3
I alt pr. 1.000 mænd	0,4	16,1	1,4	-0,4	17,5
I alt for mænd	56,0	2.169,5	194,2	-52,5	2.367,2
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	0,1	3,7	0,1	-	3,9
30-49 år	2,7	84,0	8,0	0,5	95,2
50-64 år	10,7	251,5	37,1	6,7	306,0
65-74 år	12,3	323,0	46,8	4,1	386,2
75+ år	15,6	441,1	56,0	-3,3	509,4
I alt pr. 1.000 kvinder	0,5	12,8	1,7	0,1	15,1
I alt for kvinder	41,4	1.103,3	147,9	8,0	1.300,6

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Opgørelsen af omkostninger til hjemmehjælp er lavet er lavet blandt personer i alderen 30-64 år grundet for få observationer i aldersgruppen 16-29 år.



# 4

## Metode

## 4. Metode

### 4.1 Udvalgte sygdomme

Nærværende rapport opgør den ekstra byrde ved en række byrdemål blandt personer med 15 udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Sygdommene er udvalgt på baggrund af tre kriterier:

1. En betydelig vægt ifølge opgørelsen for Danmark i det globale sygdomsbyrdestudie GBD-2019 fra 2019.
2. Et vist forebyggelsespotentiale.
3. Mulighed for opgørelse af byrden baseret på registre eller spørgeskemaundersøgelser i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

Der er i udvælgelsen af sygdommene taget udgangspunkt i nogle af de sygdomme, som fremstår som de mest byrdefulde, opgjort som et samlet mål for tabte leveår og år levet med sygdom – DALYs (Disability Adjusted Life Years), i WHO-udgivelsen GDB-2019 for Danmark (1). De udvalgte sygdomme indgik også blandt de 21 sygdomme i Byrderapporten fra 2015 (2). En undtagelse er alkoholrelateret sygelighed, der tidligere indgik ved alkoholmisbrug i kombination med stofmisbrug. Tabel 4.1.1 viser en oversigt over de udvalgte sygdomme. Definition af de enkelte sygdomme og kilder til identifikation af de enkelte populationer er beskrevet i bilag 1.

**Tabeleksempel 4.1.1** Oversigt over sygdomme, registre og spørgeskemaundersøgelser til identifikation.

Sygdomme	Register/ Spørgeskemaundersøgelse
Lungekræft	Cancerregisteret
Brystkræft	Cancerregisteret
Tyk- og endetarmskræft	Cancerregisteret
Type 2 diabetes	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Alkoholrelateret sygelighed	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Depression	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Angst	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Skizofreni	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Demens	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Iskæmisk hjertesygdom	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret
Apopleksi	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret
KOL	Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret
Lænderygsmærter	NATSUP-2017
Nakkesmerter	NATSUP-2017
Slidgigt	NATSUP-2017

## 4.2 Periode og population

Opgørelserne i rapporten er lavet for alle personer med et dansk CPR-nummer, der var i live og havde en dansk bopæl pr. 31. december 2016 og pr. 31. december 2017.

## 4.3 Opgørelsesmetode

Dette afsnit beskriver rapportens metodemæssige tilgang til opgørelser af den ekstra byrde. Formålet med rapporten er at estimere den ekstra byrde, der kan tilskrives en given sygdom. For eksempel opgøres det, hvor mange ekstra hospitalsindlæggelser der er blandt personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer, der ikke har iskæmisk hjertesygdom. Den ekstra byrde er således opgjort som forskellen mellem byrden blandt personer med eksempelvis iskæmisk hjertesygdom og en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Tidspunkt for identifikation er 31. december i året forud for opgørelsesåret for eksisterende sygdomstilfælde og d. 1. i måneden for nye sygdomstilfælde. For hver person med en given sygdom er udvalgt 5 personer uden sygdommen som referencepopulation.

Sygelighed er beregnet ved Charlson Comorbidity Index (CCI), således at personer med en given sygdom og referencepopulationen har samme sygelighed af alle andre årsager end den sygdom, der laves beregninger for. CCI er oprindeligt udviklet til at forudsige 1-årsdødeligheden for patienter og inkluderer derfor en række alvorlige somatiske sygdomme med forøget dødelighed til følge: Blodprop i hjertet, hjertesvigt, kredsløbssygdomme (perifer karsygdom og hjernekar-sygdom), demens, kronisk lungesygdom, bindevævssygdom, mavesår, diabetes, halvsidig lammelse, nyresygdom, tumorer med eller uden metastaser, leukæmi, lymfekræft, kronisk leversygdom og AIDS (3). CCI tager dermed højde for eventuel komorbiditet mellem somatiske sygdomme, men tager ikke højde for eventuel komorbiditet grundet psykiatiske sygdomme. CCI er velafprøvet internationalt og også på specifikt danske forhold (4). Til brug i rapporten er CCI beregnet særskilt for både sygdomstilfælde og referencepopulationen for hver sygdom, således at den aktuelle sygdom ikke indgår i beregningen, ligesom CCI er

beregnet med 10 års opsamlingstid for sygdomme til den første i hver måned for nye tilfælde og til d. 1. januar for de allerede forekommende tilfælde. Kriteriet for udvælgelse af referencepopulationen er gjort med udgangspunkt i følgende seks grupperinger af CCI: CCI=0, CCI=1, CCI=2, CCI=3, CCI=4 og CCI≥5. For sygdommene lænderygsmerter, nakke smerter og slidgigt, som er dannet ved besvarelser fra NATSUP-2017, er referencepopulationen udtrukket tilfældigt blandt deltagere, der ikke har indikeret at have den pågældende sygdom. Referencepopulationen er her også matchet på alder, køn, uddannelse og CCI, dog med grupperingerne CCI=0, CCI=1-2 og CCI≥3. En beskrivelse af personer med de udvalgte sygdomme og referencepopulationer findes i bilag 1.

Fokus i rapporten er rettet mod den ekstra byrde, som personer med en given sygdom har i forhold til personer uden den givne sygdom. Valget af opgørelsesmetode baserer sig på, at de udvalgte sygdomme kan have direkte årsagssammenhæng med de udvalgte byrdemål, men det er også muligt, at en sygdom optræder som en del af en årsagsskæde, hvor sammenhæng med en sygdom og et byrdemål er mere indirekte. Det kan eksempelvis være tilfældet ved øget risiko for komorbiditet eller indirekte afledte effekter, der påvirker arbejdsmarkedstilknytningen. Ved at opgøre den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom som et merforbrug af udvalgte sundhedsydelser og socialydelser, opgøres konsekvenser af en given sygdom i en bredere forstand, end det er tilfældet ved eksempelvis kun at medtage hospitalskontakter med en aktionsdiagnose, der er direkte relateret til sygdommen. Opgørelsen er således centreret omkring personer, der har en given sygdom i forhold til personer uden en given sygdom. Idet de to grupper antages at have samme sygelighed af alle andre årsager end den pågældende sygdom i sygdomstilfældegruppen, kan det antages, at det beregnede merforbrug netop er direkte eller indirekte relateret til den pågældende sygdom.

For hvert byrdemål (undtaget sygedage ved langvarigt sygefravær, omkostninger i sundhedsvæsenet og produktionstab) er der to tabeller. Den første tabel viser den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom, når de sammenlignes med referencepopulationen. Den ekstra byrde er eksempelvis opgjort ved ekstra antal kontakter, ekstra antal



kontakter pr. 1.000 personer og som andel af alle kontakter. Den ekstra byrde er opdelt efter køn og alder ved aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-74 år og 75+ år. Desuden vises resultater for 30+ -årige, som udgør den population, der indgår i opgørelser af social ulighed. På den måde, er det muligt at se, hvor stor en population, der indgår i opgørelser af social ulighed for de enkelte byrde-mål. Alle opgørelser er opdelt på køn. Når der er færre end 5 personer med en given sygdom inden for de enkelte alders- og uddannelsesgrupper i enten sygdoms- eller referencepopulationen, så udelades gruppen i opgørelsen. Dette vil fremgå ved en bindestreg i tabeller, når det gælder enkelte celler, og i en fodnote, når det er hele aldersgrup-per eller uddannelsesgrupper.

Den anden tabel inkluderer personer i alderen 30 år eller derover, og er opdelt på køn og længst fuldførte uddannelse opdelt på grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, videregående uddan-nelse og uoplyst uddannelse. Opgørelsen er lavet blandt personer, der er 30 år eller derover, for at tilstræbe et retvisende billede af den endelige ud-dannelse. Tabellen beskriver ekstra antal kontakter og ekstra antal kontakter pr. 1000 personer. Blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse beregnes også det ekstra antal kontakter og andel af alle ekstra kontakter, der kunne være undgået eller tillagt, hvis alle personer med en given sygdom havde samme kontaktmøn-ster som gruppen af personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. For nogle byrdemål er antallet negativt, hvilket angiver, at der ville have være flere kontakter, hvis alle havde det samme antal kontakter pr. 1.000 personer som blandt personer med videregående uddannelse.

#### 4.4 Sygdomsbyrdemål

De 15 udvalgte sygdomme dækker tilsammen et væsentligt udsnit af de sygdomme, den danske befolkning rammes af, og dækker både sygdomme, hvor dødeligheden er høj (for eksempel lungekræft), og sygdomme, hvor dødeligheden er meget lav, men forløbet til gengæld er langvarigt (for eksempel angst og lænderygsmærter). Det betyder, at den ekstra byrde ved de udvalgte sygdomme varierer meget afhængigt af, hvilket byrdemål, der betragtes.

Den ekstra byrde for de 15 sygdomme er derfor belyst ved en række forskellige mål, der tilsam-men kan give et detaljeret billede af, hvorledes den ekstra byrde fordeler sig blandt personer med de udvalgte sygdomme. Byrdemålene omfatter forekomsten målt som nye sygdomstilfælde og antal eksisterende sygdomstilfælde ekstra antal dødsfald, en række mål for den ekstra belastning af sundhedsvæsenet (akutte og planlagte indlæggel-ser, ambulante kontakter og kontakter i praksissek-toren), mål for arbejdsmarkedskonsekvenser (sy-gedage og nytilkendte førtidspensioner), en række samfundsøkonomiske mål i form af omkostninger i sundhedsvæsenet (omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsenet, hjemmehjælp/prak-tisk hjælp og udgifter til medicin) og produktions-tab (omkostninger til tabt produktion på grund af sygefravær, førtidspension og tidlig død). For nogle sygdomme er visse byrdemål udeladt på grund af meget lavt antal og dertilhørende stor usikkerhed i beregningerne.

##### 4.4.1 Nye og eksisterende sygdomstilfælde

Opgørelserne af nye og eksisterende sygdomstil-fælde er baseret på data fra både administrative og forskningsbaserede registre på sundhedsområdet samt NATSUP-2017 for de sygdomme, hvor regi-strene ikke kan antages at have en rimelig dæk-ningsgrad (5). Bilag 1 indeholder en oversigt over, hvilke afgrænsninger og datakilder der er benyttet til at opgøre nye og eksisterende sygdomstilfælde inden for de inkluderede sygdomme.

Antallet af nye sygdomstilfælde for en given syg-dom er opgjørt som antallet af personer, der i løbet af det givne år har haft en hospitalskontakt med relevante aktions- eller bidiagnoser, og/eller indlæst to eller flere recepter med et relevant lægemid-del i forhold til en given sygdom, eller er død med den givne sygdom som til grundlæggende årsag, fraset personer som i den forudgående 10-årige periode allerede er registreret med den pågælden-de sygdom. For kræftsygdommene (lungekræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft) er nye sygdomstilfælde identificeret i Cancerregisteret. Ved sammenligning med befolkningen i løbet af året (gennemsnittet af antal personer i starten og slutningen af året) er raten af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår beregnet. Således er antallet af nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom i 2017 eksempelvis opgjørt som antallet af personer, der i perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017 er registreret med aktions- eller bidiagnosen iskæmisk

hjertesygdom i Landspatientregisteret eller dødsårsagen iskæmisk hjertesygdom i Dødsårsagsregisteret og ikke samtidigt er registreret i den forudgående tiårsperiode fra 1. januar 2007 til 31. december 2016. Inklusionsdato for nye sygdomstilfælde med iskæmisk hjertesygdom er givet indlæggelsesdatoen fra Landspatientregisteret eller, hvis en forudgående indlæggelse ikke havde fundet sted, statusdatoen fra Dødsårsagsregisteret.

Opgørelsen af eksisterende sygdomstilfælde er foretaget ved at identificere alle personer, der er registreret med en hospitalskontakt med en relevant aktions- eller bidiagnose og/eller har indløst to eller flere recepter med et relevant lægemiddel i forhold til en given sygdom over en periode på 10 før det valgte opgørelsesår. For kræftsygdommene er eksisterende sygdomstilfælde identificeret blandt personer med en kræftdiagnose før opgørelsesåret. Antallet af eksisterende sygdomstilfælde er opgjort ved antallet af personer med den givne sygdom opgjort per 1. januar det pågældende år. Ved sammenligning med befolkningstallet 1. januar det pågældende år er andelen pr. 100.000 personer derefter beregnet. Således er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom i 2017 eksempelvis opgjort som antallet af personer, der i perioden 1. januar 2007 til 31. december 2016 er registreret med aktions- eller bidiagnosen iskæmisk hjertesygdom i Landspatientregisteret. For sygdommene lænderygmerter, nakkesmerter og slidgigt er antallet af eksisterende sygdomstilfælde opgjort ud fra selvrapporterede oplysninger herom fra NATSUP-2017, som på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport var de senest tilgængelige selvrapporterede data, hvor registeropfølgning af byrder var mulig (5).

Nye og eksisterende sygdomstilfælde udgør tilsammen populationen af personer med en given sygdom. For de resterende 17 byrdemål, vil den ekstra byrde blive opgjort som forskellen mellem byrden blandt personer med en given sygdom og en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

#### **4.4.2 Dødsfald**

Til beregning af ekstra dødsfald anvendes CPR-registeret. Ekstra antal dødsfald pr. år opgøres som forskellen mellem antal dødsfald blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal dødsfald blandt personer i referencepopulationen,

der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI. Foruden ekstra antal dødsfald blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra dødsfald udgør af det samlede antal dødsfald pr. år.

#### **4.4.3 Indlæggelser**

Ekstra indlæggelser opgøres med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele ved at udtrække alle indlæggelser uanset aktions- og bidiagnoser for årene 2017-2018. Indlæggelser på privathospitaler er medtaget i analyserne. Ekstra indlæggelser opgøres opdelt på planlagte og akutte indlæggelser med udgangspunkt i registrering af indskrivningsmåden for kontakten. Ekstra antal indlæggelser pr. år opgøres som forskellen mellem antal indlæggelser blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt personer i referencepopulationen. Foruden ekstra antal indlæggelser blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra indlæggelser udgør af det samlede antal indlæggelser pr. år.

#### **4.4.4 Ambulante hospitalskontakter**

Ekstra ambulante hospitalskontakter opgøres med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele ved at udtrække alle ambulante kontakter uanset aktions- og bidiagnoser for årene 2017-2018. Ambulante kontakter på privathospitaler er medtaget i analyserne. Ekstra ambulante hospitalskontakter opgøres opdelt på planlagte og akutte hospitalskontakter med udgangspunkt i registrering af indskrivningsmåden for kontakten. Ekstra antal ambulante kontakter pr. år opgøres som forskellen mellem antal ambulante kontakter blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal ambulante kontakter blandt personer i referencepopulationen. Foruden ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra ambulante kontakter udgør af det samlede antal ambulante kontakter pr. år.

#### **4.4.5 Praksissektor**

Ekstra antal kontakter ved alment praktiserende læge opgøres med udgangspunkt i Sygesikringsregisteret ved at udtrække alle kontakter med ydelseskode 80 for årene 2017-2018. For udvalgte sygdomme er der ligeledes beregnet ekstra kontakter



af andre relevante ydelser i praksissektoren, såsom kiropraktik og fysioterapi (for lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt), psykolog- og psykiaterhjælp (for alkoholrelateret sygelighed, depression, angst, skizofreni og demens) samt fodterapi og øjenlæge (for type 2-diabetes). Ekstra antal kontakter pr. år opgøres som forskellen mellem antal kontakter blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal kontakter blandt personer i referencepopulationen. Foruden ekstra antal kontakter blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra antal kontakter udgør af det samlede antal kontakter pr. år.

#### 4.4.6 Sygedage ved langvarigt sygefravær

Opgørelserne af ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær laves på baggrund af informationer fra forløbsdatabasen DREAM i perioden 2017-2018. I opgørelsen anses en person for at modtage sygedagpenge i 5 dage pr. uge vedkommende er registreret med en af følgende ydelseskoder i 2017 eller 2018; 774, 890, 893-899 (6). I beregningerne indgår kun personer mellem 16 og 64 år, der ikke modtager førtidspension, efterløn eller pension ved indgangen til det enkelte opgørelsesår. Disse betegnes i rapporten som den erhvervsaktive del af befolkningen. Til afgrænsning benyttes variablen SOCIO13 fra Arbejdsklassifikationsmodulet, hvor hovedindkomstkilden for borgere i Danmark er registreret (7). Ekstra antal sygedage pr. år opgøres som forskellen mellem antal sygedage blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal sygedage blandt personer i referencepopulationen. Foruden ekstra antal sygedage blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra sygedage udgør af det samlede antal sygedage pr. år. I det opgørelserne laves med udgangspunkt informationer fra forløbsdatabasen DREAM, har det kun været muligt at opgøre sygedage for de sygemeldinger, der registreres i DREAM. De første 30 dage i perioden af en sygemelding er arbejdsgiverens ansvar, hvorefter der kan søges om refusion for sygedagpengene. Sygemeldinger med varighed kortere end 30 dage inkluderes ikke i DREAM, og kortsigtet sygefravær er derfor ikke en del af opgørelserne blandt personer i arbejde. Det betyder, at personer med 29 eller færre sygedage ikke indgår i opgørelsen. Personer med 30 eller flere sygedage indgår i opgørelsen med det fulde antal sygedage.

#### 4.4.7 Nytilkendt førtidspension

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension opgøres på baggrund af informationer fra forløbsdatabasen DREAM i perioden 2017-2018. Data i DREAM-registeret består af ugentlige ydelsesoplysninger om den højest rangerede offentlige ydelse i følge prioriteringen i DREAM (6). I opgørelsen anses en person for få tilkendt førtidspension, hvis vedkommende er registreret med en ydelseskoder for førtidspension (783 eller 784) for første gang i 2017 eller 2018 (6). I beregningerne indgår kun personer mellem 16 og 64 år, der ikke modtager førtidspension, efterløn eller pension ved indgangen til det enkelte opgørelsesår. Disse betegnes i rapporten som den erhvervsaktive del af befolkningen. Til afgrænsning benyttes variablen SOCIO13 fra Arbejdsklassifikationsmodulet, hvor hovedindkomstkilden for borgere i Danmark er registreret (7). Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner pr. år opgøres som forskellen mellem antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer i referencepopulationen. Foruden ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en given sygdom beregnes ekstra antal pr. 1.000 personer med en given sygdom og den andel de ekstra nytilkendte førtidspensioner udgør af det samlede antal nytilkendte førtidspensioner pr. år.

#### 4.4.8 Samfundsøkonomi

En opgørelse af omkostningerne ved sygdom kaldes en Cost-of-Illness (COI)-analyse. En COI-analyse har til formål at opgøre alle ekstraomkostninger, der kan forbindes med, at en person bliver syg. I COI-analyser opgøres der normalt tre typer af omkostninger: 1) direkte omkostninger, 2) indirekte omkostninger, og 3) u håndgribelige omkostninger (8). De direkte omkostninger indeholder typisk omkostninger til behandling og pleje, transportudgifter eller andre udgifter, der direkte kan kobles til den pågældende sygdom. Der måles kun omkostninger, hvor der ligger en egentlig produktion bag, og transfereringer, såsom overførsler og moms, medregnes ikke. De indirekte omkostninger er omkostninger, der ikke er direkte målbare, og som opgøres oftest som det tab i samfundsproduktionen, der finder sted på grund af sygdom og dertilhørende fravær fra arbejdsmarkedet. De u håndgribelige omkostninger dækker over de menneskelige konsekvenser, såsom smerter eller bekymring for den

syge eller deres pårørende (8). Disse omkostninger er svære at måle og gøre op i monetære enheder og er derfor udeladt fra denne analyse.

#### **4.4.8.1 Omkostninger i sundhedsvæsenet**

De økonomiske konsekvenser i forhold til sundhedsvæsenet er opgjort som de samlede ekstra omkostninger i både hospitalssektor og praksissektor, ekstra omkostninger til receptpligtig medicin samt ekstra omkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp. Alle omkostninger er opgjort i 2018 mio. kr. Indeksering er foretaget på baggrund af tabel PRIS114 fra Statistikbanken, der viser nettoprisindeks (2015=100) efter varegruppe og enhed over tid.

#### **Omkostninger til indlæggelser og ambulante hospitalskontakter**

Ekstraomkostninger til ambulante kontakter og indlæggelser på somatiske afdelinger opgøres ved brug af DAGS-takster og DRG-takster fra Landspatientregisterets afregningsdatasæt. I beregningerne i denne rapport benyttes prisen for den samlede indlæggelse. Omkostningerne til ambulante kontakter og indlæggelser på psykiatriske afdelinger opgøres ved brug af besøgs- og sengedagstaksten fra 2018 samt antallet af ambulante kontakter og sengedage ved den enkelte indlæggelse fra Landspatientregisterets afregningsdatasæt. Der sker ikke afregning af ambulante hospitalskontakter, der ligger umiddelbart før en indlæggelse. Desuden afregnes der ikke for ambulante hospitalskontakter, der finder sted under en indlæggelse. Disse omkostninger vil dog tælle med under indlæggelsen. DRG- og DAGS-takster samt besøgs- og sengedagstakster er gennemsnitstakster, der ikke omfatter faste omkostninger til bygninger m.m. Ved brug af takster i beregningerne er de reelle omkostninger derfor undervurderet.

#### **Omkostninger til kontakter i praksissektoren**

Ved beregning af ekstra omkostninger til ydelser i praksissektoren benyttes bruttohonoraret, som fremgår af Sygesikringsregisteret. Kontakter til alment praktiserende læge og øjenlæge er vederlagsfri, og derfor betragtes ekstraomkostninger ved bruttohonoraret som den rene merudgift for sygdommen. Fysioterapi, kiropraktik, fodterapi samt psykologhjælp er ikke vederlagsfri, og derfor vægtes bruttohonoraret med en gennemsnitlig tilskudsprocent, således at det ikke kun er den del af udgiften, sundhedsvæsenet afholder, der medregnes. Tabel 4.4.1 viser de gennemsnitlige tilskudsprocenter.

**Tabel 4.4.1** Oversigt over gennemsnitlige tilskudsprocenter til udvalgte ydelser i praksissektoren i 2017 og 2018.

Ydelse	Tilskud (%)
Fysioterapi	40
Kiropraktik	20
Kiropraktik kronikere	25
Psykolog	60
Fodterapi	50

Note: Beregnet på baggrund af tilskudsoversigter fra sundhed.dk

#### **Omkostninger til receptpligtig medicin**

Opgørelser af ekstra omkostninger i form af udgifter til receptpligtig medicin baseres på ekspeditionsprisen på lægemidler fra Lægemiddelstatistikregisteret. Der fratrækkes moms i beregningerne svarende til 25 %. Da det udelukkende er lægemidler, der er indløst på recept, der er koblet til CPR-nummer, er det ikke muligt at medregne håndkøbsmedicin i opgørelserne.

#### **Omkostninger til ydelser i hjemmeplejen**

Til opgørelser af omkostninger ved forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp benyttes Ældredokumentationen, hvor tidsforbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp er registeret. Tidsforbruget vægtes med en gennemsnitspris for leveret personlig pleje og leveret praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen.

#### 4.4.8.2 Beregning af produktionstab

Ved beregning af produktionstab betragtes mennesket som en produktionsfaktor, og et fravær fra arbejdsmarkedet betragtes som et tab af potentiel produktion. I denne rapport benyttes humankapitaltilgangen, som er en metode, der betragter tabt produktion fra den dag, personen påbegynder fraværet fra arbejdsmarkedet og frem til raskmelding ved sygefravær og frem til pensionsalderen (65 år i denne rapport) ved varig afgang fra arbejdsmarkedet grundet førtidspension eller død (8). Ved beregning af det sygdomsspecifikke produktionstab opgøres dermed den produktion, en person ville have kunnet bidrage med, hvis personen ikke havde været fraværende fra arbejdsmarkedet i en kortere eller længere periode før alder 65 år.

I denne rapport opgøres både kortsigtet produktionstab på grund af sygefravær ved langvarigt sygefravær og langsigtet produktionstab, der tager udgangspunkt i personer, der varigt trækker sig ud af arbejdsmarkedet. Det langsigtede produktionstab er opgjort blandt personer, der enten førtidspensioneres eller dør. Hele den fremtidige produktion afskrives det år, personen trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet.

Til produktionstabsberegningen betragtes den køns- og aldersspecifikke lønindkomst som den potentielle produktion, en person vil kunne bidrage med, hvis personen var tilknyttet arbejdsmarkedet. Desuden vægtes det potentielle tab af fremtidig produktion med sandsynligheden for at være i beskæftigelse i de forskellige køns- og aldersgrupper (beskæftigelsesfrekvensen), ligesom den køns- og aldersspecifikke overlevelsessandsynlighed også benyttes i beregningen. Nutidsværdien af den fremtidige produktion tilbagediskonteres ved brug af en diskonteringsfaktor på 3,5 % for år 0-35 og 2,5 % herefter (9). Formlen for beregning af produktionstab ses nedenfor.

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

$a$  = alder

$O_i$  = overlevelsessandsynlighed

$B_i$  = beskæftigelsesfrekvens

$I_i$  = indkomst

$r$  = diskonteringsrate

#### 4.9.9 Social ulighed

Beregningerne af fordelingen af den ekstra byrde inddelt efter social position benytter en opdeling af befolkningen i fire uddannelsesgrupper efter længst fuldførte uddannelse:

- Grundskole
- Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse: Almen eller erhvervsfaglig uddannelse, erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb samt kort videregående uddannelse.
- Videregående uddannelse: Mellemlang videregående uddannelse, bacheloruddannelse, lang videregående uddannelse og forskeruddannelse.
- Uoplyst uddannelse: Personer uden oplysninger om uddannelse.

For så vidt muligt kun at inkludere personer med afsluttet uddannelsesforløb er udelukkende befolkningen på 30 år eller derover medtaget i beregningerne. Et givent byrdemål er derefter opgjort separat for de fire uddannelsesgrupper opdelt efter køn.

På baggrund af den ekstra sygdomsbyrde blandt personer med videregående uddannelse er den forventede sygdomsbyrde blandt personer i de to øvrige uddannelsesgrupper (grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse) beregnet (se læsevejledning for eksempel på beregninger). Forskellen mellem den observerede og den forventede sygdomsbyrde er således den ekstra sygdomsbyrde, der estimeres blandt personer med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, såfremt disse personer havde haft samme sygdomsmønster, som personer med en videregående uddannelse. Endvidere estimeres andelen af den ekstra byrde, der henholdsvis kunnet have været undgået eller tillagt, såfremt hele populationen havde haft samme sygdomsmønster som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

For social ulighed i forekomst af sygdom (nye og eksisterende sygdomstilfælde) er rate og andel aldersstandardiseret for at sikre ens aldersfordeling i de fire uddannelsesgrupper. Aldersstandardiseringen er baseret på aldersfordelingen for den voksne danske befolkning (16+ årige) i 2017-18.

Der er ikke lavet beregninger af social ulighed for ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær. Det skyldes, at opgørelser af sygefravær laves på baggrund af informationer fra forløbsdatabase DREAM, og der kan være flere forhold, der gør sig gældende for, om langvarigt sygefravær bliver registreret i DREAM. Man skal være en del af arbejdsstyrken for at komme med i beregningerne, og enten arbejdsgiver eller arbejdstager skal have modtaget refusion for sygedagpenge. Social ulighed i sygedage ved langvarigt sygefravær risikerer derfor at blive et udtryk for en ulighed, som ikke skyldes forskelle i sygeligheden, og beregningen er af denne grund udeladt fra rapporten. Der er ikke lavet beregninger af ulighed for andre ydelser i praksissektoren (psykolog og psykiater, kiropraktor og fysioterapeut samt fodterapeut), da ydelserne ikke er vederlagsfri. En eventuel social ulighed i antallet af ekstra kontakter til eksempelvis psykolog kan ikke forventes at afspejle den korrekte sygelighed, da det må forventes, at højtuddannede har større økonomisk råderum og derfor større sandsynlighed for at benytte ikke-vederlagsfri ydelser i praksissektoren. Yderligere er der ikke lavet opgørelser for omkostninger i sundhedsvæsenet og tabt produktion i forhold til social ulighed.

## 4.5 Referencer

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
2. Flachs EM EL, Koch MB et al. . Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. . København: Syddansk Universitet, folkesundhed. Sif; 2015.
3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-83.
4. Thygesen SK, Christiansen CF, Christensen S, Lash TL, Sørensen HT. The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients. *BMC Medical Research Methodology*. 2011;11(1):83.
5. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.
6. Rekruttering. SfAo. DREAM vejledning version 46. Notat. 2021.
7. Petersson F, Baadsgaard M, Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):95-8.
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*: Oxford University press; 2015.
9. Finansministeriet. Nøgletalskatalog. 2021.





**5**

**Lungekræft**

## 5. Lungekræft

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med lungekræft i forhold til personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset lungekræft. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med lungekræft i forhold til personer uden lungekræft.

I Danmark er der årligt 4.851 nye sygdomstilfælde af lungekræft blandt personer i alderen 30 år eller derover, og 10.136 personer i samme aldersgruppe lever med lungekræft i perioden 2017-2018.

Blandt personer med lungekræft, i forhold til personer uden lungekræft, er der årligt:

- 3.303 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 50 år eller derover. Det svarer til 6,2 % af alle dødsfald.
- 5.745 ekstra antal planlagte og 13.887 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 2,1 % og 1,8 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser blandt personer i alderen 30 år eller derover.
- 133.402 ekstra antal planlagte og 3.260 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 1,4 % og 0,5 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter blandt personer i alderen 30 år eller derover.
- 43.637 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,1 % af alle kontakter til praktiserende læge blandt personer i alderen 30 år eller derover.
- 134.997 ekstra sygedage svarende til 0,7 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år.
- 134 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 1,4 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 1.312,4 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 1.699,8 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft, dødelighed, akutte somatiske indlæggelser og nytilkendte førtidspensioner blandt kvinder ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte somatiske indlæggelser, planlagte somatiske ambulante kontakter og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Lungekræft er en af de hyppigste kræftformer blandt både mænd og kvinder i Danmark. Det er en alvorlig og hurtigt udviklende sygdom, som ofte først giver symptomer, når sygdommen er fremskreden. Det gør det svært at opdage sygdommen i tide, hvorfor prognosen for lungekræft er yderst dårlig. Når symptomerne opstår, er det ofte i form af tiltagende hoste med blodigt opspyt, åndenød, træthed og væggtab (1).

På trods af en fortsat dårlig prognose er overlevelsen steget markant gennem de seneste år (2). Således er 5-årsoverlevelsen i perioden 2005-2007 til 2017-2019 steget fra 10 % til 23 % blandt mænd.

Blandt kvinder er der tilsvarende sket en stigning fra 12 % til 29 % i samme periode (2).

Tobaksrygning er skyld i omkring 80-90 % af alle tilfælde og udgør dermed langt den største risikofaktor for lungekræft (3). Risikoen for lungekræft bliver desuden større, desto mere man ryger. Herudover øger også passiv rygning, asbest, radioaktiv stråling, radon og luftforurening risikoen for lungekræft (4-6). I denne rapport omfatter lungekræft kræft i én eller begge lunger, kræft i luftrøret samt kræft opstået i bronkierne. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 5.1 Forekomst af lungekræft

Der er årligt 4.851 nye sygdomstilfælde af lungekræft blandt personer i alderen 30 år eller derover for perioden 2017-2018. Heraf er 2.400 mænd og 2.451 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 132,6 pr. 100.000 personår blandt mænd og 129,8 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 5.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), stiger antallet af nye sygdomstilfælde af lungekræft med alderen. Den største stigning ses fra 65-årsaldren for begge køn.

Opgørelsen over eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft viser, at der årligt er 10.136 personer i alderen 30 år eller derover, som lever med lungekræft i Danmark. Heraf er 4.486 mænd og 5.650 kvinder, svarende til henholdsvis 248,8 pr. 100.000 mænd og 300,3 pr. 100.000 kvinder (Tabel 5.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft med stigende alder. Den største stigning ses fra 65-årsaldren for begge køn.

**Tabel 5.1.1** Lungekræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Antal pr. 100.000
I alt 30+ år	4.851	131,2	10.136	275,1
<b>Mænd</b>				
30-49 år	37	5,1	82	11,1
50-64 år	516	91,1	946	167,7
65-74 år	994	316,3	1.871	596,3
75+ år	854	430,7	1.588	820,8
I alt for mænd 30+ år	2.400	132,6	4.486	248,8
<b>Kvinder</b>				
30-49 år	49	6,8	112	15,6
50-64 år	611	107,9	1.389	246,3
65-74 år	965	289,6	2.299	691,4
75+ år	826	305,3	1.851	695,7
I alt for kvinder 30+ år	2.451	129,8	5.650	300,3

Datakilde: Cancerregisteret.

Note: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.



### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.1.2). Den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde af lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 904 og 698 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af lungekræft i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 37,6 % og 28,5 % færre nye sygdomstilfælde af lungekræft blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.443 og 1.563 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af lungekræft i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 32,2 % og 27,7 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 5.1.2** Lungekræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra antal nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra antal nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra antal eksisterende sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>I alt</b>	4.851	129,5	1.602	33,0	10.136	270,6	3.007	29,7
<b>Mænd</b>								
Grundskole	911	189,7	438	48,1	1.633	339,3	700	42,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.087	138,1	465	42,8	2.040	256,9	744	36,5
Videregående	334	79,9	ref.	ref.	680	163,9	ref.	ref.
Uoplyst	68	162,6			133	308,4		
<b>I alt for mænd</b>	<b>2.400</b>	<b>137,3</b>	<b>904</b>	<b>37,6</b>	<b>4.486</b>	<b>255,8</b>	<b>1.443</b>	<b>32,2</b>
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.148	170,2	404	35,2	2.653	390,9	916	34,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	869	121,7	294	33,9	1.990	278,3	648	32,5
Videregående	377	79,2	ref.	ref.	896	184,7	ref.	ref.
Uoplyst	58	144,7			112	272,6		
<b>I alt for kvinder</b>	<b>2.451</b>	<b>124,5</b>	<b>698</b>	<b>28,5</b>	<b>5.650</b>	<b>287,4</b>	<b>1.563</b>	<b>27,7</b>

Datakilde: Cancerregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 5.2 Lungekræft og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 1.699 og 1.605 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 50 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med lungekræft højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med lungekræft udgør henholdsvis 6,4 % og 6,1 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 50 år eller derover.

**Tabel 5.2.1** Lungekræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 50+ år	3.303	220,4	6,2
<b>Mænd</b>			
50-64 år	341	233,2	8,8
65-74 år	701	244,7	10,6
75+ år	657	269,1	4,3
I alt for mænd 50+ år	1.699	246,7	6,4
<b>Kvinder</b>			
50-64 år	355	177,4	14,4
65-74 år	610	187,1	13,3
75+ år	640	238,9	3,4
I alt for kvinder 50+ år	1.605	198,1	6,1

Datakilde: Dødsårsagsregisteret

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år er ikke beregnet pga. <5 personer i disse grupper.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr.

1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville der årligt være henholdsvis 191 og 223 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med lungekræft, hvis dødeligheden blandt personer med lungekræft var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,3 % og 13,9 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 50 år eller derover.

**Tabel 5.2.2** Lungekræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med lungekræft og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 50+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra antal dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 50+ år	3.303	222,3	415	12,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	673	264,4	111	16,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	770	246,4	80	10,4
Videregående	224	220,7	ref.	ref.
Uoplyst	31	156,7	.	.
I alt for mænd 50+ år	1.699	246,6	191	11,3
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	821	216,2	168	20,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	547	191,3	55	10,1
Videregående	219	171,9	ref.	ref.
Uoplyst	17	103,2		
I alt for kvinder 50+ år	1.605	198,1	223	13,9

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

### 5.3 Lungekræft og planlagte og akutte indlæggelser

#### Planlagte somatiske indlæggelser

Der er årligt 5.745 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover udgør henholdsvis 2,0 % og 2,2 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### Akutte somatiske indlæggelser

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 13.887 ekstra antal indlæggelser blandt personer med lungekræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft ligeledes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover udgør henholdsvis 1,7 % og 1,9 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lungekræft er ikke blevet opgjort i dette kapitel.

**Tabel 5.3.1** Lungekræft. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt 30+ år	5.745	383,3	2,1	13.887	926,7	1,8
<b>Mænd</b>						
30-49 år	78	660,8	0,4	136	1.146,0	0,2
50-64 år	700	478,6	1,7	1.559	1.066,5	1,6
65-74 år	1.095	382,3	2,6	2.853	996,2	2,8
75+ år	746	305,7	2,6	2.093	857,4	1,7
I alt for mænd 30+ år	2.619	380,4	2,0	6.641	964,5	1,7
<b>Kvinder</b>						
30-49 år	94	587,0	0,2	183	1.139,7	0,2
50-64 år	971	485,8	2,4	1.966	983,2	2,6
65-74 år	1.256	384,8	3,6	3.052	935,3	3,8
75+ år	804	300,5	2,7	2.045	763,8	1,4
I alt for kvinder 30+ år	3.126	385,9	2,2	7.246	894,5	1,9

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 308 og 425 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,8 % og 13,6 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover.

### Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 727 og 207 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 10,9 % og 2,9 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 5.3.2** Lungekræft. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med lungekræft og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra antal indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra antal indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	5.745	383,0	-733	-12,8	13.887	929,3	934	6,7
<b>Mænd</b>								
Grundskole	928	364,7	-156	-16,9	2.624	1.031,2	448	17,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.181	377,8	-152	-12,8	2.954	944,7	279	9,5
Videregående	432	426,2	ref.	ref.	867	855,4	ref.	ref.
Uoplyst	77	383,1			195	969,1		
I alt for mænd	2.619	380,2	-308	-11,8	6.641	964,2	727	10,9
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.350	355,2	-324	-24,0	3.440	905,2	146	4,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.159	405,4	-100	-8,7	2.541	888,3	61	2,4
Videregående	561	440,5	ref.	ref.	1.103	866,9	ref.	ref.
Uoplyst	56	330,4			162	958,1		
I alt for kvinder	3.126	385,8	-425	-13,6	7.246	894,3	207	2,9

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 5.4 Lungekræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter

Der er årligt 133.402 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lungekræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lungekræft udgør henholdsvis 1,6 % og 1,5 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

### Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 3.260 ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med lungekræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lungekræft udgør 0,5 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

### Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lungekræft er ikke blevet opgjort i dette kapitel.

**Tabel 5.4.1** Lungekræft. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt 30+ år	133.402	8.899,4	1,4	3.260	217,5	0,5
<b>Mænd</b>						
30-49 år	1.535	12.957,6	0,2	28	240,5	0,0
50-64 år	17.164	11.739,9	1,6	374	255,8	0,4
65-74 år	28.018	9.782,8	2,7	715	249,8	1,2
75+ år	15.505	6.352,0	2,1	436	178,6	0,7
I alt for mænd 30+ år	62.222	9.034,1	1,6	1.554	225,7	0,5
<b>Kvinder</b>						
30-49 år	2.043	12.689,9	0,1	33	208,1	0,0
50-64 år	23.027	11.516,4	1,6	515	257,8	0,6
65-74 år	30.292	9.283,6	2,9	737	225,9	1,3
75+ år	15.817	5.908,4	2,0	420	156,8	0,5
I alt for kvinder 30+ år	71.179	8.787,0	1,5	1.706	210,6	0,5

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 3.022 og 13.579 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lungekræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,9 % og 19,1 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med

erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.4.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd med lungekræft, hvor det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 44 færre og 17 flere akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lungekræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,8 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 1,0 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 5.4.2** Lungekræft. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med lungekræft og ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra antal kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra antal kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	133.402	8.911,9	-16.600	-12,4	3.260	218,1	27	0,8
<b>Mænd</b>								
Grundskole	21.369	8.401,4	-2.712	-12,7	611	240,4	56	9,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	29.295	9.368,3	-310	-1,1	670	214,3	-13	-1,9
Videregående	9.600	9.467,5	ref.	ref.	221	218,3	ref.	ref.
Uoplyst	1.959	9.744,0			51	252,7		
I alt for mænd	62.222	9.036,7	-3.022	-4,9	1.554	225,7	44	2,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	30.392	7.996,8	-9.512	-31,3	837	220,2	25	3,0
Erhvervsfaglig/ gymnasial	25.941	9.076,5	-4.067	-15,7	568	198,9	-42	-7,4
Videregående	13.361	10.499,5	ref.	ref.	272	213,6	ref.	ref.
Uoplyst	1.486	8.769,1			29	169,9		
I alt for kvinder	71.179	8.787,0	-13.579	-19,1	1.706	210,6	-17	-1,0

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.



## 5.5 Lungekræft og praksissektor

Der er årligt 43.637 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med lungekræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med lungekræft højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

**Tabel 5.5.1** Lungekræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt 30+ år	43.637	2.911,8	0,1
<b>Mænd</b>			
30-49 år	429	3.618,0	0,0
50-64 år	4.846	3.314,6	0,1
65-74 år	8.177	2.855,1	0,2
75+ år	3.925	1.608,0	0,1
I alt for mænd 30+ år	17.377	2.523,7	0,1
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	609	3.782,3	0,0
50-64 år	8.170	4.085,8	0,1
65-74 år	11.722	3.592,3	0,2
75+ år	5.760	2.151,5	0,1
I alt for kvinder 30+ år	26.260	3.241,8	0,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, såle-

des at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 4.943 og 3.132 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med lungekræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 28,4 % og 11,9 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med lungekræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 5.5.2** Lungekræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med lungekræft og ekstra antal kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra antal kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	43.637	2.882,0	-8.075	-18,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	5.834	2.292,5	-2.476	-42,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	7.745	2.476,4	-2.467	-31,9
Videregående	3.311	3.265,2	ref.	ref.
Uoplyst	486	2.420,2		
I alt for mænd	17.377	2.523,0	-4.943	-28,4
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	11.952	3.144,8	-1.798	-15,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	9.013	3.151,4	-1.334	-14,8
Videregående	4.604	3.617,9	ref.	ref.
Uoplyst	691	4.079,6		
I alt for kvinder	26.260	3.241,0	-3.132	-11,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 5.6 Lungekræft og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år er der årligt 134.997 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år, særligt blandt mænd.

**Tabel 5.6.1** Lungekræft. Ekstra antal sygedage blandt personer med lungekræft, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	134.997	57.728,0	0,7
<b>Mænd</b>			
30-49 år	7.487	76.006,1	0,2
50-64 år	45.482	50.312,5	1,2
I alt for mænd 30+ år	52.969	52.836,8	0,7
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	8.319	62.546,5	0,1
50-64 år	73.709	61.191,0	1,5
I alt for kvinder 30+ år	82.028	61.398,3	0,7

Datakilde: Sygesikringsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 5.7 Lungekræft og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 50-64 år er der årligt 134 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.7.1).

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med lungekræft udgør henholdsvis 1,3 % og 1,5 % af alle nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder i alderen 50-64 år.

**Tabel 5.7.1** Lungekræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af lungekræft, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med lungekræft og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 50-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 50+ år	134	57,3	1,4
<b>Mænd</b>			
50-64 år	58	64,0	2,0
I alt for mænd 30-64 år	58	57,7	1,3
<b>Kvinder</b>			
50-64 år	76	63,2	2,4
I alt for kvinder 30-64 år	76	56,9	1,5

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i disse grupper.

### **Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner blandt personer med lungekræft**

Blandt mænd med lungekræft ses der ingen forskel i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt på tværs af længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med lungekræft ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 5.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lungekræft er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspen-

sion pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 21 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med lungekræft, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt kvinder med lungekræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 27,8 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med lungekræft i alderen 50-64 år. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspensioner blandt mænd grundet for få personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med videregående uddannelse.

**Tabel 5.7.2** Lungekræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med lungekræft og ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldført uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 50-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	134	57,3	21	15,8
<b>Mænd</b>				
Grundskole	29	101,9		
Erhvervsfaglig/gymnasial	29	57,0		
Videregående	-	-		
I alt for mænd	58	57,7		
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	30	86,1	15	51,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	32	51,5	6	18,2
Videregående	14	42,1	ref.	ref.
I alt for kvinder	76	56,9	21	27,8

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer med videregående uddannelse.

Note 3: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet pga. <5 observationer i gruppen.

## 5.8 Lungekræft og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 1.312,4 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med lungekræft i forhold til personer uden lungekræft, der har samme køn,

alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 5.8.1). Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin og hjemmehjælp, mens praksissektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Table 5.8.1** Lungekræft. Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin blandt personer med lungekræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	4,4	1.277,5	16,8	13,7	1.312,4
<b>Mænd</b>					
30-49 år	0,0	13,4	0,3	-	13,7
50-64 år	0,5	159,1	2,2	0,9	162,7
65-74 år	0,8	270,4	2,2	0,8	274,2
75+ år	0,5	156,7	1,4	1,0	159,6
I alt pr. 1.000 mænd	0,3	87,0	0,9	0,4	88,6
I alt for mænd	1,8	599,5	6,0	2,7	610
<b>Kvinder</b>					
30-49 år	0,0	19,2	0,3	-	19,5
50-64 år	0,7	212,2	3,4	2,1	218,4
65-74 år	1,1	287,0	4,7	2,8	295,6
75+ år	0,7	159,6	2,4	5,9	168,6
I alt pr. 1.000 kvinder	0,3	83,7	1,3	1,3	86,6
I alt for kvinder	2,6	678,0	10,8	10,9	702,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

## 5.9 Lungekræft og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 1.699,8 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med lungekræft i forhold til personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset

kræft (Tabel 5.9.1). Ekstra omkostninger i produktionstab grundet tidlig død udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner og langvarigt sygefravær.

**Tabel 5.9.1** Lungekræft. Ekstra produktionstab blandt personer med lungekræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	190,8	289,8	1.219,2	1.699,8
<b>Mænd</b>				
30-49 år	14,1	-	-	14,1
50-64 år	69,6	141,2	650,7	861,5
I alt pr. 1.000 mænd	12,1	20,5	94,5	127,1
I alt for mænd	83,7	141,2	650,7	875,6
<b>Kvinder</b>				
30-49 år	12,7	-	-	12,7
50-64 år	94,3	148,6	568,5	811,4
I alt pr. 1.000 kvinder	13,2	18,3	70,2	101,7
I alt for kvinder	107,1	148,6	568,5	824,2

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

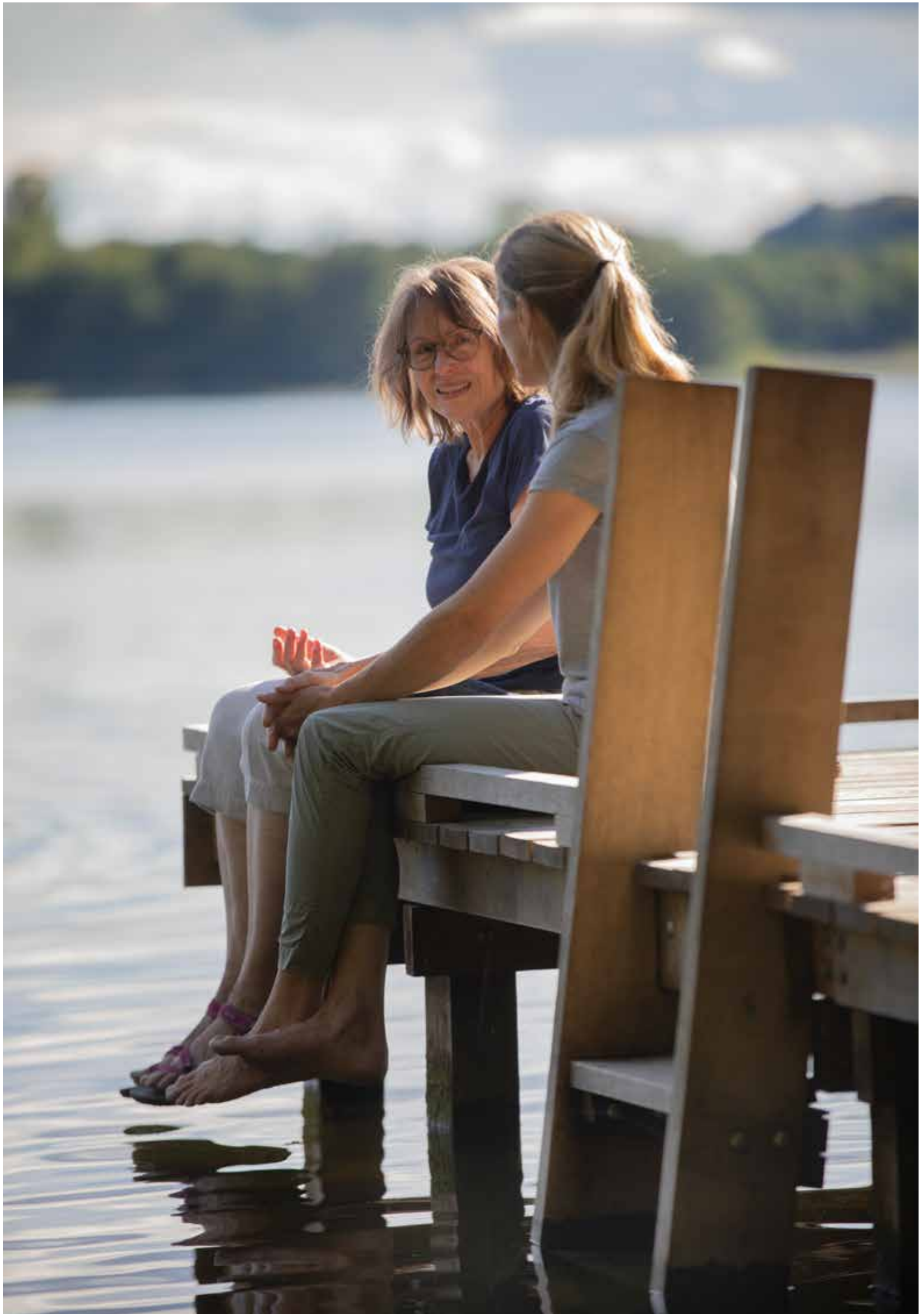
Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

## 5.10 Referencer

1. Ringbæk T, Sengeløv L, Kristensen JK. Lægehåndbogen [updated 07.04.2021. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/svulster/lungekraeft/>.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Kræftoverlevelse i Danmark 2005-2019. 2021
3. Akhtar N, Bansal JG. Risk factors of Lung Cancer in nonsmoker. *Current problems in cancer*. 2017;41(5):328-39.
4. Malhotra J, Malvezzi M, Negri E, La Vecchia C, Boffetta P. Risk factors for lung cancer worldwide. *The European respiratory journal*. 2016;48(3):889-902.
5. Dubin S, Griffin D. Lung Cancer in Non-Smokers. *Missouri medicine*. 2020;117(4):375-9.
6. Pallis AG, Syrigos KN. Lung cancer in never smokers: disease characteristics and risk factors. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2013;88(3):494-503.





6

**Brystkræft**

## 6. Brystkræft

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med brystkræft i forhold til personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset kræft. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med brystkræft i forhold til personer uden brystkræft.

I Danmark er der årligt 4.882 nye sygdomstilfælde af brystkræft, og 39.991 personer lever med brystkræft i perioden 2017-2018.

Blandt personer med brystkræft, i forhold til personer uden brystkræft, er der årligt:

- 646 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 1,2 % af alle dødsfald.
- 7.045 ekstra antal planlagte og 4.419 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 2,6 % og 0,6 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 278.869 ekstra antal planlagte og 1.699 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 2,9 % og 0,2 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 60.310 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,1 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 443.547 ekstra sygedage svarende til 2,3 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år.
- 84 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 0,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 1.578,1 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 1.433,3 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For dødelighed og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For nye og eksisterende sygdomstilfælde ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt kvinder i den vestlige verden, herunder også i Danmark. Brystkræft ses hovedsageligt blandt kvinder, men mænd kan også få brystkræft.

Et hyppigt forekommende symptom på brystkræft er en knude i brystet, der enten opdages tilfældigt eller som led i en mammografiundersøgelse. Øvrige symptomer kan være en svag indtrængning i huden, ændringer i brystvorten og forstørrede lymfeknuder i armhulen (1).

Prognosen for overlevelse er gennem de seneste år forbedret. Således var 1-årsoverlevelsen 97 % i perioden 2017-2019, mens 5-årsoverlevelsen for samme periode var 88 % (2).

Der er en velkendt stor arvelighed i form af genmutationer, der øger risikoen markant for at udvikle brystkræft (3). Yderligere risikofaktorer omfatter tidlig menarche, få fødsler, sen alder ved første fødsel, sen alder ved menopause og i nogle tilfælde hormontilskud (3, 4). Ligeledes kan livsstilsfaktor såsom alkohol, overvægt og fysisk inaktivitet øge risikoen for udvikling af brystkræft (5, 6). Desuden er højere alder også af betydning for udvikling af sygdommen (3). I denne rapport er sygdomstilfælde af brystkræft blandt både mænd og kvinder medtaget. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 6.1 Forekomst af brystkræft

Der er årligt 4.882 nye sygdomstilfælde af brystkræft for perioden 2017-2018. Heraf er kun 35 mænd, mens de resterende 4.847 er kvinder. Det svarer til en rate på 3,2 pr. 100.000 personår blandt mænd og 201,7 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 6.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af brystkræft højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af brystkræft viser, at der årligt er 39.991 personer, som lever med brystkræft i Danmark. Heraf er 242 mænd og 39.750 kvinder, svarende til 13,4 pr. 100.000 mænd og 1.857,4 pr. 100.000 kvinder (Tabel 6.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af brystkræft højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

**Tabel 6.1.1** Brystkræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000	Antal	Antal pr. 100.000
I alt	4.882	140,2	39.991	1.014,2
I alt 30+ år	4.851	163,5	39.978	1.085,0
<b>Mænd</b>				
30-49 år	-	-	16	2,2
50-64 år	11	1,9	52	9,1
65-74 år	12	3,8	83	26,5
75+ år	13	6,3	91	47,1
I alt for mænd	35	3,2	242	13,4
I alt for mænd 30+ år	35	3,2	242	13,4
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	32	6,1	14	5,2
30-49 år	722	100,5	3.872	538,5
50-64 år	1.674	295,6	13.167	2.335,4
65-74 år	1.266	380,2	13.130	3.949,3
75+ år	1.155	426,7	9.568	3.596,0
I alt for kvinder	4.847	201,7	39.750	1.857,4
I alt for kvinder 30+ år	4.816	255,2	39.736	2.112,0

Datakilde: Cancerregisteret.

Note: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i forekomst

Blandt kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.1.2). Den sociale ulighed i nye sygdomstilfælde af brystkræft er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår falder gradvist med kortere uddannelse. Social ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af brystkræft blandt mænd er ikke opgjort grundet for få observationer. Der ville årligt være 279 flere nye sygdomstilfælde blandt kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af brystkræft i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 5,8 % flere nye sygdomstilfælde af brystkræft blandt kvinder.

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse (Tabel 6.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af brystkræft er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er antallet af eksisterende sygdomstilfælde nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 19 og 1.966 flere eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af brystkræft i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,0 % og 4,9 % flere eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 6.1.2** Brystkræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra antal kontakter i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 1.000 personer	Ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
I alt	4.853	130,7	-282	-5,8	39.978	1.074,4	-1.985	-5,0
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-	-			60	12,6	-12	-19,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	-	-			111	14,8	-8	-6,9
Videregående	-	-			66	15,9	ref.	ref.
Uoplyst	-	-			6	12,2		
I alt for mænd	38	2,1			242	14,0	-19	-8,0
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.396	235,9	-156	-11,2	11.996	1.912,0	-1.312	-10,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.801	251,7	-123	-6,8	15.119	2.100,6	-654	-4,3
Videregående	1.510	269,5	ref.	ref.	11.862	2.195,1	ref.	ref.
Uoplyst	110	225,3			760	1.569,0		
I alt for kvinder	4.816	250,0	-279	-5,8	39.736	2.051,0	-1.966	-4,9

Datakilde: Cancerregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

Note 2: Opdeling på længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 observationer i grupperne.

## 6.2 Brystkræft og dødelighed

Der er årligt 646 ekstra antal dødsfald blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med kvinder uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald blandt kvinder med brystkræft højest blandt personer i aldersgruppen 50 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt kvinder med brystkræft udgør 2,4 % af alle dødsfald blandt kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 6.2.1** Brystkræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	646	14,5	2,4
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	37	8,1	6,7
50-64 år	166	11,2	6,7
65-74 år	167	11,6	3,6
75+ år	276	25,7	1,5
I alt for kvinder 30+ år	646	14,5	2,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Ekstra antal dødsfald blandt mænd er ikke beregnet pga. <5 observationer i gruppen.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt kvinder med brystkræft er kendetegnet ved, at der ses en gradient,

således at ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 183 færre ekstra dødsfald blandt kvinder med brystkræft, hvis dødeligheden blandt personer med brystkræft var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 28,4 % færre dødsfald blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 6.2.2** Brystkræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med brystkræft og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige kvinder.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	646	14,5	183	28,4
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	232	17,3	95	41,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	261	15,4	88	33,7
Videregående	137	10,2	ref.	ref.
Uoplyst	16	17,8		
I alt for kvinder	646	14,5	183	28,4

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 6.3 Brystkræft og planlagte og akutte indlæggelser

### Planlagte somatiske indlæggelser

Der er årligt 7.045 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med brystkræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med brystkræft højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder i alderen 30 år eller derover med brystkræft udgør 4,9 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

### Akutte somatiske indlæggelser

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 4.419 ekstra antal indlæggelser

blandt personer med brystkræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med brystkræft højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover udgør 1,1 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

### Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med brystkræft er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt henholdsvis 12 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser og 50 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med brystkræft.

**Tabel 6.3.1** Brystkræft. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
<b>I alt 30+ år</b>	7.045	157,2	2,6	4.419	98,6	0,6
<b>Mænd</b>						
65-74 år	16	171,5	0,0	20	209,4	0,0
75+ år	7	65,7	0,0	1	6,6	0,0
<b>I alt for mænd 30+ år</b>	23	82,8	0,0	21	73,8	0,0
<b>Kvinder</b>						
30-49 år	1.651	359,3	4,2	857	186,5	0,9
50-64 år	2.610	175,9	6,6	1.401	94,4	1,9
65-74 år	1.649	114,5	4,7	1.100	76,4	1,4
75+ år	1.113	103,8	3,7	1.041	97,1	0,7
<b>I alt for kvinder 30+ år</b>	7.022	157,6	4,9	4.398	98,7	1,1
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	12	0,3	0,1	50	1,1	0,1
I alt 30+ år	12	0,3	0,1	50	1,1	0,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år blandt både mænd og kvinder samt 30-49 år og 50-64 år blandt mænd er ikke beregnet pga. <5 personer i disse grupper.



**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.3.2). Blandt mænd ses social ulighed, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med brystkræft er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 6 og 1.534 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med brystkræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,4 % og 21,8 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt både mænd og kvinder med brystkræft, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 36 og 444 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med brystkræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 64,5 % og 10,1 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 6.3.2** Brystkræft. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med brystkræft og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte sygdomstilfælde			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	7.070	164,6	-1.540	-21,8	4.454	149,1	480	10,8
<b>Mænd</b>								
Grundskole	7	105,8	-6	-87,8	15	223,1	10	67,6
Erhvervsfaglig/ gymnasial	25	198,4	0	-0,1	35	270,7	25	73,3
Videregående	15	198,7	ref.	ref.	5	72,3	ref.	ref.
I alt for mænd	48	171,7	-6	-13,4	56	199,6	36	64,5
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.629	121,5	-949	-58,3	1.353	100,9	174	12,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.674	157,8	-585	-21,9	1.761	103,9	270	15,4
Videregående	2.574	192,3	ref.	ref.	1.177	88,0	ref.	ref.
Uoplyst	146	166,7			108	123,7		
I alt for kvinder	7.022	157,5	-1.534	-21,8	4.398	98,6	444	10,1

Datakilde: Landspatientregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 observationer i gruppen.

## 6.4 Brystkræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 278.869 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med brystkræft udgør 4,9 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 1.699 ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med brystkræft

i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med brystkræft udgør 0,5 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder i alderen 30 år eller derover.

### ***Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt henholdsvis 511 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter og 38 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft.

**Tabel 6.4.1** Brystkræft. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	278.869	6.214,3	2,9			
I alt 30+ år	277.279	6.185,1	3,3	1.699	37,9	0,2
<b>Mænd</b>						
30-49 år	241	13.021,3	0,0	-	-	-
50-64 år	619	9.985,0	0,1	13	206,4	0,0
65-74 år	517	5.439,3	0,0	3	32,6	0,0
75+ år	412	3.978,9	0,1	3	30,9	0,0
I alt for mænd	1.789	6.410,5	0,0			
I alt for mænd 30+ år	1.789	6.410,5	0,0	19	68,4	0,0
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	1.589	35.319,7	0,2	-	-	-
30-49 år	59.538	12.961,4	4,1	313	68,0	0,3
50-64 år	105.214	7.089,9	7,1	440	29,6	0,5
65-74 år	69.699	4.841,6	6,7	451	31,3	0,8
75+ år	41.039	3.827,6	5,1	477	44,5	0,6
I alt for kvinder	277.080	6.213,0	4,9			
I alt for kvinder 30+ år	275.491	6.183,6	5,8	1.680	37,7	0,5
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	511	11,4	0,0	38	0,9	0,1
I alt 30+ år	524	11,7	0,1	38	0,9	0,1

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 60 færre og 39.071 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med brystkræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 3,4 % færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 14,2 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante kontakter***

Blandt både mænd og kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.4.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt hverken mænd eller kvinder med brystkræft. Det ses ved, at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 11 færre og 86 flere akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med brystkræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 44,0 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 5,1 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

**Table 6.4.2** Brystkræft. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med brystkræft og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	277.243	6.229,6	-39.011	-14,1	1.704	62,5	-76	-4,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	378	5.474,7	-49	-13,0	2	33,3	-1	-50,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	905	7.039,0	109	12,1	18	142,4	12	64,9
Videregående	470	6.188,9	ref.	ref.	4	50,0	ref.	ref.
I alt for mænd	1.753	6.281,8	60	3,4	24	87,4	11	44,0
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	67.900	5.067,5	-26.467	-39,0	468	34,9	-47	-10,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	106.705	6.298,8	-12.604	-11,8	612	36,1	-39	-6,4
Videregående	94.254	7.042,8	ref.	ref.	515	38,5	ref.	ref.
Uoplyst	6.632	7.588,1			85	97,1		
I alt for kvinder	275.491	6.177,4	-39.071	-14,2	1.680	37,7	-86	-5,1

Datakilde: Landspatientregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 observationer i gruppen.

## 6.5 Brystkræft og praksissektor

Der er årligt 60.310 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme alder, køn, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med brystkræft højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Hos kvinder udgør denne aldersgrupper en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede antal kontakter er lavest.

**Tabel 6.5.1** Brystkræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	60.310	1.343,9	0,1
I alt 30+ år	60.232	1.343,6	0,1
<b>Mænd</b>			
30-49 år	32	1.733,8	0,0
50-64 år	198	3.196,6	0,0
65-74 år	112	1.181,4	0,0
75+ år	163	1.571,9	0,0
I alt for mænd	505	1.810,7	0,0
I alt for mænd 30+ år	505	1.810,7	0,0
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	78	1.731,7	0,0
30-49 år	6.087	1.325,1	0,1
50-64 år	16.716	1.126,4	0,3
65-74 år	19.784	1.374,3	0,4
75+ år	17.140	1.598,6	0,3
I alt for kvinder	59.805	1.341,0	0,2
I alt for kvinder 30+ år	59.727	1.340,6	0,2

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med brystkræft er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses en

gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 111 flere og 5.365 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med brystkræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 22,1 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og 9,0 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder med brystkræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 6.5.2** Brystkræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med brystkræft og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	60.228	1.567,3	5.254	8,7
<b>Mænd</b>				
Grundskole	50	719,9	-105	-210,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	281	2.188,6	-6	-2,2
Videregående	170	2.237,0	ref.	ref.
I alt for mænd	501	1.795,4	-111	-22,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	19.996	1.492,3	3.924	19,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	21.761	1.284,6	1.441	6,6
Videregående	16.053	1.199,5	ref.	ref.
Uoplyst	1.917	2.193,5		
I alt for kvinder	59.727	1.339,3	5.365	9,0

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 observationer i gruppen.



## 6.6 Brystkræft og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 443.547 ekstra antal sygedage blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt

mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. For kvinder udgør denne aldersgruppe en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres sygedage i alt er lavest.

Ekstra sygedage blandt kvinder med brystkræft udgør 3,5 % af alle sygedage blandt kvinder.

**Tabel 6.6.1** Brystkræft. Ekstra antal sygedage blandt personer med brystkræft, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	443.547	27.532,4	2,2
I alt 30+ år	439.616	27.364,8	2,3
<b>Mænd</b>			
30-49 år	574	32.821,9	0,0
50-64 år	1.607	32.789,9	0,0
I alt for mænd 30+ år	2.181	32.796,4	0,0
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	3.931	87.359,8	0,3
30-49 år	182.889	41.913,4	2,9
50-64 år	254.546	21.877,6	5,1
I alt for kvinder	441.366	27.510,5	3,5
I alt for kvinder 30+ år	437.435	27.342,2	3,9

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

## 6.7 Brystkræft og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år er der årligt 84 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med brystkræft sammenlignet med kvinder uden brystkræft, der har samme alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med brystkræft højest blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med brystkræft udgør 1,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner blandt kvinder i alderen 30-64 år.

**Tabel 6.7.1** Brystkræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af brystkræft, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med brystkræft og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	84	5,2	0,9
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	22	4,9	1,2
50-64 år	62	5,3	1,9
I alt	84	5,2	1,5
I alt for kvinder 30-64 år	84	5,2	1,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med førtidspension er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd er ikke opgjort pga. <5 observationer i denne gruppe. Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt kvinder med brystkræft ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 6.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med brystkræft er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal personer med

nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 22 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med brystkræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 26,5 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt kvinder med brystkræft i alderen 30-64 år.

**Tabel 6.7.2** Brystkræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med brystkræft og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	84	5,2	22	26,5
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	22	9,0	12	56,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	35	5,5	10	28,4
Videregående	27	3,9	-	-
I alt for kvinder	84	5,2	22	26,5

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 observationer i gruppen.

## 6.8 Brystkræft og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt omkostninger i sundhedsvæsenet på 1.578,1 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med brystkræft i forhold til personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.8.1). Ekstra

omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp og medicin, mens ekstra omkostninger til praksissektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 6.8.1** Brystkræft. Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin blandt personer med brystkræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	5,3	1548,4	7,9	16,5	1578,1
<b>Mænd</b>					
30-49 år	0,0	2,2	0,0	-	2,2
50-64 år	0,0	5,2	0,0	-	5,2
65-74 år	0,0	4,0	0,0	-	4
75+ år	0,0	1,6	0,0	-0,4	1,2
I alt pr. 1.000 mænd	0,2	46,7	0,2	-1,6	45,5
I alt for mænd	0,0	13,0	0,1	-0,4	12,7
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	0,0	11,6	0,0	-	11,6
30-49 år	0,5	344,1	1,4	0,2	346,2
50-64 år	1,4	588,0	1,1	-2,1	588,4
65-74 år	1,7	367,8	2,1	9,8	381,4
75+ år	1,6	223,9	3,2	9,0	237,7
I alt pr. 1.000 kvinder	0,1	34,4	0,2	0,4	35,1
I alt for kvinder	5,3	1535,4	7,9	16,9	1565,5

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år blandt mænd er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

## 6.9 Brystkræft og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 1.433,3 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med brystkræft i forhold til personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 6.9.1). Ekstra omkostninger i produktionstab

grundet tidlig død blandt kvinder med brystkræft udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til henholdsvis langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner.

**Tabel 6.9.1** Brystkræft. Ekstra produktionstab blandt personer med brystkræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	630,7	256,2	546,4	1.433,3
<b>Mænd</b>				
30-49 år	1,1	-	-	1,1
50-64 år	2,5	-	-	2,5
I alt pr. 1.000 mænd	12,8	-	-	12,8
I alt for mænd	3,6	-	-	3,6
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	3,8	-	-	3,8
30-49 år	275,7	118,7	211,6	606,0
50-64 år	347,6	137,1	334,9	819,6
I alt pr. 1.000 kvinder	14,0	5,7	12,3	32,0
I alt for kvinder	627,1	256,2	546,4	1.429,7

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med brystkræft sammenlignet med personer uden brystkræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i disse grupper.

## 6.10 Referencer

1. Knop AS, Jensen AN, Pedersen B, Jespersen N. Lægehåndbogen [updated 07.12.2021. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/brystsygdomme/tilstande-og-sygdomme/kvinder/brystkraeft/>.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Kræftoverlevelse i Danmark 2005-2019. 2021
3. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International journal of biological sciences*. 2017;13(11):1387-97.
4. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The Lancet Oncology*. 2012;13(11):1141-51.
5. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukietka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*. 2017;24(4):549-53.
6. Ligibel JA, Basen-Engquist K, Bea JW. Weight Management and Physical Activity for Breast Cancer Prevention and Control. *American Society of Clinical Oncology educational book American Society of Clinical Oncology Annual Meeting*. 2019;39:e22-e33.



# 7

## **Tyk- og endetarmskræft**



## 7. Tyk- og endetarmskræft

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med tyk- og endetarmskræft i forhold til personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset kræft. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med tyk- og endetarmskræft i forhold til personer uden tyk- og endetarmskræft.

I Danmark er der årligt 4.988 nye sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft, og 27.102 personer lever med tyk- og endetarmskræft i perioden 2017-2018.

Blandt personer med tyk- og endetarmskræft, i forhold til personer uden tyk- og endetarmskræft, er der årligt:

- 1.418 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 2,6 % af alle dødsfald.
- 8.736 ekstra antal planlagte og 9.977 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 3,2 % og 1,3 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 119.734 ekstra antal planlagte og 1.814 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 1,3 % og 0,2 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 42.708 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,1 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 171.469 ekstra sygedage svarende til 0,8 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 64 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 0,7 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 1.450,6 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 925,3 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter ses en sociale ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Tyk- og endetarmskræft er en af de hyppigste kræftsygdomme i Danmark hos både mænd og kvinder, dog med en lille overvægt af mænd, der får kræft i endetarmen. De hyppigste symptomer omfatter ændringer i stabilt afføringsmønster og blødning fra endetarmen (1).

Gennem de senere år er der sket en markant forbedring i overlevelsen, som blandt andet kan tilskrives indførelsen af det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft i 2014. Således er 5-årsoverlevelsen i perioden 2005-2007 til 2017-2019 steget fra omkring 60 % til omkring 72 % for både mænd og kvinder (2).

Risikofaktorer for tyk- og endetarmskræft omfatter overvægt, rygning, alkohol, et højt indtag af kød samt en fedtrig og fiberfattig kost (3). Herudover har personer med type 2 diabetes (4) og personer med kroniske inflammatoriske tarmsygdomme en øget risiko for udvikling af tyk- og endetarmskræft (5). Sygdommen kan være arvelig og risikoen øges med stigende alder (5). Tyk- og endetarmskræft defineres i denne rapport som kræft, det vil sige som en ondartet svulst, i tyktarm, endetarm og på overgangen mellem tyktarm og endetarm. Se bilag 1 (Bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 7.1 Forekomst af tyk- og endetarmskræft

Der er årligt 4.988 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft for perioden 2017-2018. Heraf er 2.724 mænd og 2.264 kvinder, svarende til en rate på 116,0 pr. 100.000 personår blandt mænd og 94,2 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 7.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), stiger antallet af nye sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft med stigende alder.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af tyk- og endetarmskræft viser, at der årligt er 27.102 personer, som lever med tyk- og endetarmskræft i Danmark. Heraf er 14.570 mænd og 12.532 kvinder, svarende til henholdsvis 702,8 pr. 100.000 mænd og 585,6 pr. 100.000 kvinder (Tabel 7.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft med stigende alder.

**Tabel 7.1.1** Tyk- og endetarmskræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	4.988	105,0	27.102	643,3
I alt 30+ år	4.964	134,3	27.089	735,2
<b>Mænd</b>				
16-29 år	12	2,1	6	2,2
30-49 år	91	12,5	371	50,6
50-64 år	603	106,3	2.799	496,2
65-74 år	1.095	348,4	5.593	1.782,8
75+ år	925	466,5	5.802	2.999,9
I alt for mænd	2.724	116,0	14.570	702,8
I alt for mænd 30+ år	2.713	149,9	14.564	807,7
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	13	2,4	8	2,9
30-49 år	95	13,2	354	49,2
50-64 år	499	88,2	2.353	417,3
65-74 år	766	230,0	4.066	1.222,9
75+ år	891	329,3	5.753	2.162,3
I alt for kvinder	2.264	94,2	12.532	585,6
I alt for kvinder 30+ år	2.251	119,3	12.525	665,7

Datakilde: Cancerregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.1.2). Der ses social ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft blandt både mænd og kvinder, hvor antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 252 og 155 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 9,3 % og 6,9 % færre nye sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.1.2). Der ses social ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft blandt kvinder, hvor antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer er højere blandt kvinder med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Blandt mænd er antallet af eksisterende sygdomstilfælde højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 823 og 1.102 færre sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af tyk- og endetarmskræft i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 5,7 % og 8,8 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 7.1.2** Tyk- og endetarmskræft. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
I alt	4.964	132,6	407	8,2	27.089	722,2	1.926	7,1
<b>Mænd</b>								
Grundskole	775	160,1	72	9,3	4.149	842,1	168	4,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.279	164,5	180	14,1	6.759	881,8	655	9,7
Videregående	598	142,0	ref.	ref.	3.323	799,9	ref.	ref.
Uoplyst	62	124,5			333	758,1		
I alt for mænd	2.713	156,0	252	9,3	14.564	844,1	823	5,7
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	882	117,2	63	7,1	5.199	650,9	455	8,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	825	117,1	93	11,2	4.513	646,3	647	14,3
Videregående	499	103,7	ref.	ref.	2.562	552,7	ref.	ref.
Uoplyst	46	103,8			251	484,9		
I alt for kvinder	2.251	112,8	155	6,9	12.525	619,3	1.102	8,8

Datakilde: Cancerregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 7.2 Tyk- og endetarmskræft og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 788 og 630 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 50 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med tyk- og endetarmskræft højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover, men er dog mere eller mindre ligeligt fordelt mellem aldersgrupperne for mænd.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør henholdsvis 2,9 % og 2,4 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder, der er 50 år eller derover.

**Tabel 7.2.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 50+ år	1.418	44,2	2,7
<b>Mænd</b>			
50-64 år	159	46,8	4,1
65-74 år	300	44,8	4,5
75+ år	329	48,9	2,1
I alt for mænd 50+ år	788	45,6	2,9
<b>Kvinder</b>			
50-64 år	109	38,4	4,4
65-74 år	184	38,1	4,0
75+ år	337	50,7	1,8
I alt for kvinder 50+ år	630	42,7	2,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år er ikke beregnet pga. <5 personer i disse grupper.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med tyk- og endetarmskræft er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal

dødsfald pr. 1.000 personer højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 67 og 2 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, hvis dødeligheden blandt personer med tyk- og endetarmskræft var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,5 % og 0,3 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 50 år eller derover.

**Tabel 7.2.2** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 50+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 50+ år	1.418	44,1	69	4,9
<b>Mænd</b>				
Grundskole	239	48,5	35	14,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	366	45,5	33	8,9
Videregående	163	41,5	ref.	ref.
Uoplyst	19	49,0		
I alt for mænd	788	45,5	67	8,5
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	287	47,1	26	8,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	205	38,4	-24	-11,6
Videregående	131	42,9	ref.	ref.
Uoplyst	7	22,5		
I alt for kvinder	630	42,6	2	0,3

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 7.3 Tyk- og endetarmskræft og planlagte og akutte indlæggelser

### Planlagte somatiske indlæggelser

Der er årligt 8.736 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør henholdsvis 3,7 % og 2,7 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

### Akutte somatiske indlæggelser

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 9.977 ekstra antal akutte somatiske

indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede antal kontakter er lavest. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør henholdsvis 1,5 % og 1,1 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

### Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft er ikke blevet opgjort i dette kapitel.

**Tabel 7.3.1** Tyk- og endetarmskræft. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt 30+ år	8.736	272,6	3,2	9.977	311,3	1,3
<b>Mænd</b>						
30-49 år	218	473,4	1,1	244	528,7	0,4
50-64 år	1.305	383,6	3,2	1.368	402,3	1,4
65-74 år	2.047	306,1	4,9	2.286	341,8	2,3
75+ år	1.288	191,5	4,5	1.772	263,5	1,4
I alt for mænd 30+ år	4.859	281,2	3,7	5.671	328,2	1,5
<b>Kvinder</b>						
30-49 år	229	510,1	0,6	278	619,8	0,3
50-64 år	1.031	361,7	2,6	958	335,8	1,3
65-74 år	1.400	289,9	4,0	1.402	290,2	1,7
75+ år	1.217	183,1	4,1	1.669	251,2	1,2
I alt for kvinder 30+ år	3.877	262,4	2,7	4.306	291,4	1,1

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet for mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med tyk- og endetarmskræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 517 og 777 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 10,6 % og 20,0 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske

indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt både mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer blandt mænd er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer højest blandt personer med videregående uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 257 færre og 209 flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,5 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og 4,8 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 7.3.2** Tyk- og endetarmskræft. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	4.964	132,6	407	8,2	27.089	722,2	1.926	7,1
<b>Mænd</b>								
Grundskole	1.207	244,9	-331	-27,4	1.631	330,8	89	5,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.324	288,9	-186	-8,0	2.684	333,6	168	6,2
Videregående	1.224	312,0	ref.	ref.	1.227	312,8	ref.	ref.
Uoplyst	102	258,6			129	325,3		
I alt for mænd	4.859	280,9	-517	-10,6	5.671	327,9	257	4,5
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.392	228,6	-535	-38,4	1.760	289,0	-78	-4,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.449	271,1	-242	-16,7	1.483	277,4	-130	-8,8
Videregående	969	316,4	ref.	ref.	925	301,8	ref.	ref.
Uoplyst	67	226,2			139	466,9		
I alt for kvinder	3.877	262,1	-777	-20,0	4.306	291,1	-209	-4,8

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.



## 7.4 Tyk- og endetarmskræft og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### **Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Der er årligt 119.545 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør henholdsvis 1,8 % og 0,9 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 1.814 ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med tyk- og

endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede antal kontakter er lavest. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør 0,2 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder.

### **Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter**

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter er ikke blevet opgjort i dette kapitel.

**Tabel 7.4.1** Tyk- og endetarmskræft. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akkutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	119.734	3.731,3	1,3	1.814	56,5	0,2
I alt 30+ år	119.545	3.729,7	1,4	1.814	56,6	0,3
<b>Mænd</b>						
30-49 år	3.364	7.290,1	0,5	60	131,1	0,1
50-64 år	19.738	5.802,7	1,8	292	85,9	0,3
65-74 år	29.192	4.365,5	2,8	491	73,4	0,8
75+ år	16.926	2.516,3	2,3	196	29,2	0,3
I alt for mænd	69.221	4.002,6	1,8	1.039	60,1	0,2
I alt for mænd 30+ år	69.221	4.006,6	2,0	1.039	60,2	0,0
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	190	9.489,6	0,0	-	-	-
30-49 år	3.428	7.642,2	0,2	77	172,1	0,1
50-64 år	14.908	5.228,0	1,0	203	71,3	0,2
65-74 år	18.822	3.895,8	1,8	231	47,9	0,4
75+ år	13.167	1.981,7	1,6	262	39,5	0,3
I alt for kvinder	50.514	3.414,1	0,9	774	52,3	0,2
I alt for kvinder 30+ år	50.324	3.405,9	1,1	774	52,4	0,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet for mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med tyk- og endetarmskræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 9.453 og 14.381 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,7 % og 28,6 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover.

***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med tyk- og endetarmskræft er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 136 og 241 flere akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,1 % og 31,1 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 7.4.2** Tyk- og endetarmskræft. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	119.545	3.701,9	-23.834	-19,9	1.814	56,2	-377	-20,8
<b>Mænd</b>								
Grundskole	16.864	3.421,0	-5.568	-33,0	228	46,3	-105	-46,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	32.725	4.067,7	-3.885	-11,9	513	63,8	-31	-6,0
Videregående	17.856	4.550,6	ref.	ref.	265	67,6	ref.	ref.
Uoplyst	1.776	4.489,6			33	83,1		
I alt for mænd	69.221	4.002,6	-9.453	-13,7	1.039	60,1	-136	-13,1
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	17.112	2.810,2	-9.636	-56,3	228	37,5	-181	-79,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	18.733	3.504,7	-4.745	-25,3	299	55,9	-60	-20,2
Videregående	13.459	4.392,5	ref.	ref.	206	67,2	ref.	ref.
Uoplyst	1.020	3.435,2			42	140,0		
I alt for kvinder	50.324	3.401,3	-14.381	-28,6	774	52,3	-241	-31,1

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 7.5 Tyk- og endetarmskræft og praksissektor

Der er årligt 42.708 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med tyk- og endetarmskræft højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-29 og 30-49 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede ekstra antal kontakter er lave.

**Tabel 7.5.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	42.708	1.330,9	0,1
I alt 30+ år	42.584	1.328,6	0,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	51	2.908,0	0,0
30-49 år	1.423	3.083,6	0,0
50-64 år	6.776	1.992,2	0,1
65-74 år	10.679	1.597,0	0,3
75+ år	6.653	989,0	0,2
I alt for mænd	25.582	1.479,2	0,1
I alt for mænd 30+ år	25.531	1.477,8	0,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	73	3.632,8	0,0
30-49 år	1.588	3.541,2	0,0
50-64 år	3.435	1.204,6	0,1
65-74 år	3.996	827,0	0,1
75+ år	8.035	1.209,3	0,1
I alt for kvinder	17.126	1.157,5	0,1
I alt for kvinder 30+ år	17.053	1.154,2	0,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.5.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, hvor det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter

til alment praktiserende læge blandt kvinder med tyk- og endetarmskræft er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 1.693 færre og 1.629 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvis kontaktmønsteret blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,6 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og 9,6 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 7.5.2** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	42.584	1.314,5	64	0,2
<b>Mænd</b>				
Grundskole	8.869	1.799,2	2.152	24,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	10.504	1.305,7	-459	-4,4
Videregående	5.347	1.362,7	ref.	ref.
Uoplyst	811	2.049,3		
I alt for mænd	25.531	1.476,3	1.693	6,6
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	6.275	1.030,4	-1.219	-19,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	6.167	1.153,9	-410	-6,6
Videregående	3.770	1.230,6	ref.	ref.
Uoplyst	841	2.831,0		
I alt for kvinder	17.053	1.152,6	-1.629	-9,6

Datakilde: Sygesikringsregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 7.6 Tyk- og endetarmskræft og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 171.469 ekstra antal sygedage blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør henholdsvis 1,0 % og 0,6 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 7.6.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal sygedage blandt personer med tyk- og endetarmskræft, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	171.469	29.799,9	0,8
I alt 30+ år	170.176	29.769,4	0,9
<b>Mænd</b>			
16-29 år	777	44.417,8	0,1
30-49 år	15.835	36.570,7	0,4
50-64 år	75.361	27.798,2	1,9
I alt for mænd	91.973	29.091,5	1,0
I alt for mænd 30+ år	91.196	29.006,4	1,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	516	25.799,9	0,0
30-49 år	17.157	41.847,0	0,3
50-64 år	61.823	28.588,6	1,2
I alt for kvinder	79.496	30.663,8	0,6
I alt for kvinder 30+ år	78.980	30.701,7	0,7

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 7.7 Tyk- og endetarmskræft og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 50-64 år er der årligt henholdsvis 33 og 31 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med mænd og kvinder uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.7.1).

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft udgør 0,6 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 7.7.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af tyk- og endetarmskræft, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 50-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	64	11,3	0,7
<b>Mænd</b>			
50-64 år	33	12,2	1,1
I alt	33	10,5	0,6
I alt for mænd 30-64 år	33	10,5	0,7
<b>Kvinder</b>			
50-64 år	31	14,5	1,0
I alt	31	12,1	0,6
I alt for kvinder 30-64 år	31	12,1	0,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 30-49 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.



### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt mænd med tyk- og endetarmskræft ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med tyk- og endetarmskræft ses der ingen forskel i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på tværs af længst fuldførte uddannelse (Tabel 7.7.2). Der ses social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt både mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft, hvor det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer er højest blandt personer med

grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 15 og 7 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med tyk- og endetarmskræft var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 44,0 % og 21,2 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt henholdsvis mænd og kvinder med tyk- og endetarmskræft i alderen 50-64 år.

**Tabel 7.7.2** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med tyk- og endetarmskræft og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 50-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	64	11,3	21	32,9
<b>Mænd</b>				
Grundskole	15	25,2	12	75,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	12	8,0	3	24,3
Videregående	5	6,1	ref.	ref.
Uoplyst				
I alt for mænd	33	10,5	15	44,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	11	24,1	7	59,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	11	9,7	0	-0,3
Videregående	10	9,7	ref.	ref.
Uoplyst				
I alt for kvinder	31	12,1	7	21,2

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

## 7.8 Tyk- og endetarmskræft og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 1.450,6 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med tyk- og endetarmskræft i forhold til personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.8.1). Ekstra omkostninger

til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til praksissektoren og udgifter til medicin. Det negative estimat under hjemmehjælp er et udtryk for, at der årligt er færre ekstra omkostninger til hjemmehjælp blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft.

**Tabel 7.8.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin blandt personer med tyk- og endetarmskræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp		
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	4,1	1.459,4	3,1	16,0	1.450,6	
<b>Mænd</b>						
30-49 år	0,1	39,7	0,3	-	40,1	
50-64 år	0,6	229,0	1,4	-0,8	230,2	
65-74 år	0,9	345,9	0,6	-1,5	345,9	
75+ år	0,6	220,3	-0,4	-1,9	218,6	
I alt pr. 1.000 mænd	0,1	48,3	0,1	-0,2	48,3	
I alt for mænd	2,3	834,9	1,8	-4,2	834,8	
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	0,0	2,5	0,0	-	2,5	
30-49 år	0,1	40,8	0,6	-	41,5	
50-64 år	0,3	174,8	0,6	-0,5	175,2	
65-74 år	0,4	231,8	0,1	-2,7	229,6	
75+ år	0,9	174,6	-0,1	-8,7	166,7	
I alt pr. 1.000 kvinder	0,1	42,2	0,1	-0,8	41,6	
I alt for kvinder	1,7	624,5	1,2	-11,8	615,6	

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt mænd pga. <5 personer i denne gruppe.

## 7.9 Tyk- og endetarmskræft og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 925,3 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med tyk- og endetarmskræft i forhold til personer uden tyk- og

endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft (Tabel 7.9.1). Ekstra omkostninger i produktionstab grundet tidlig død udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til henholdsvis langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner.

**Tabel 7.9.1** Tyk- og endetarmskræft. Ekstra produktionstab blandt personer med tyk- og endetarmskræft opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	256,8	144,9	523,6	925,3
<b>Mænd</b>				
16-29 år	0,8	-	-	0,8
30-49 år	29,6	-	-	29,6
50-64 år	119,2	76,7	336,2	562,3
I alt pr. 1.000 mænd	8,6	4,4	19,4	32,4
I alt for mænd	149,4	76,7	336,2	594,4
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	0,5	-	-	0,5
30-49 år	26,0	-	-	26,0
50-64 år	80,9	68,2	187,4	336,5
I alt pr. 1.000 kvinder	7,3	4,6	12,7	24,6
I alt for kvinder	107,4	24,6	187,4	363,0

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)t og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

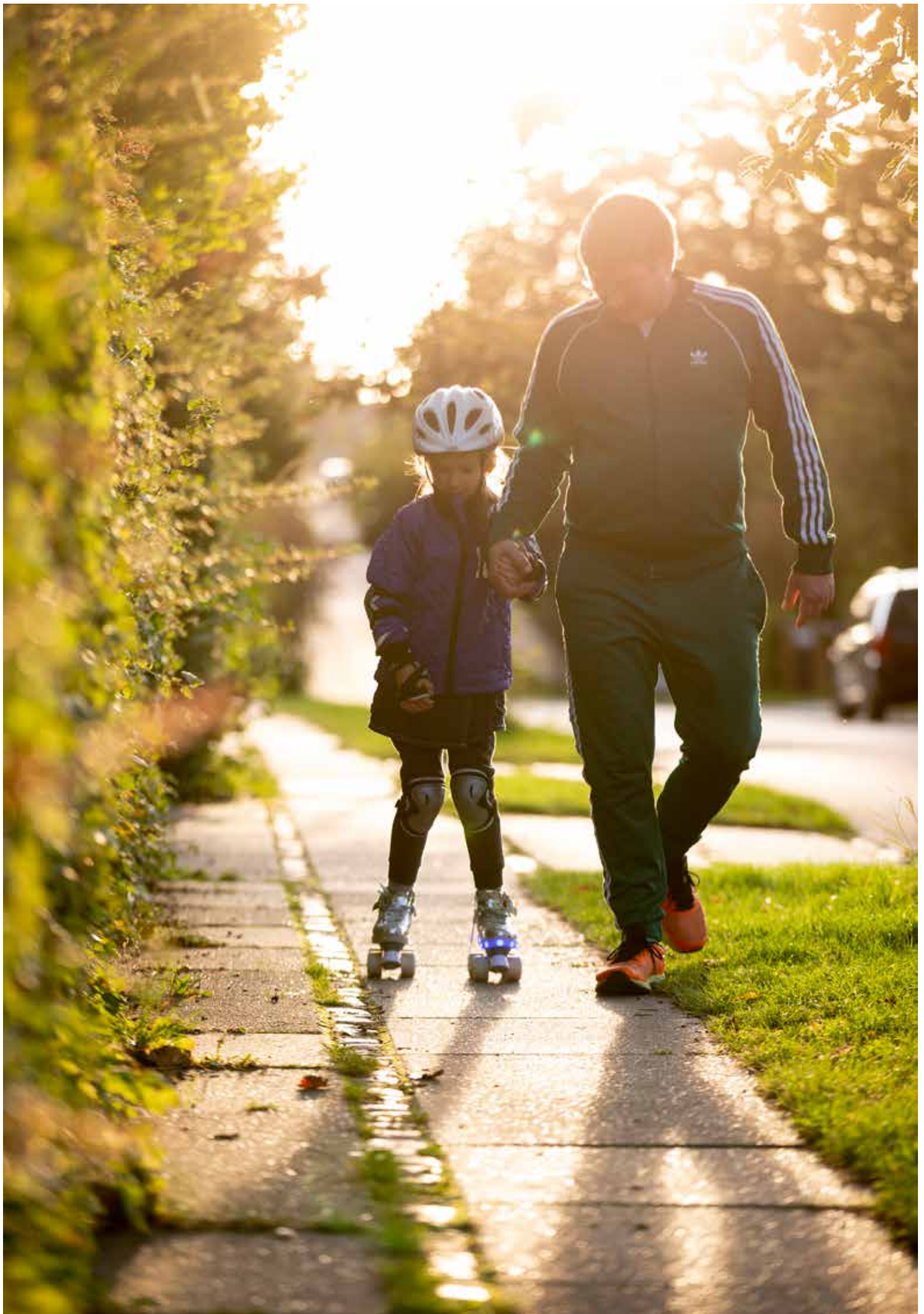
Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kræft.

Note: - angiver at opgørelser ikke er beregnet pga. <5 observationer i aldersgruppen.

## 7.10 Referencer

1. Bisgaard T, Sengeløv L, Bojer D, Schulze S. Lægehåndbogen [updated 13.06.2022. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/mave-og-tarm/sygdomme/tyktarm/tyk-og-endetarmskraeft-symptomer-og-tegn/>.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Kræftoverlevelse i Danmark 2005-2019. 2021
3. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clinical colorectal cancer*. 2016;15(3):195-203.
4. Ling S, Brown K, Miksza JK, Howells L, Morrison A, Issa E, et al. Association of Type 2 Diabetes With Cancer: A Meta-analysis With Bias Analysis for Unmeasured Confounding in 151 Cohorts Comprising 32 Million People. *Diabetes care*. 2020;43(9):2313-22.
5. Keller DS, Windsor A, Cohen R, Chand M. Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: review of the evidence. *Techniques in coloproctology*. 2019;23(1):3-13.





# 8

## **Type 2-diabetes**

## 8. Type 2-diabetes

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med type 2-diabetes i forhold til personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset diabetes. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med type 2-diabetes i forhold til personer uden type 2-diabetes.

I Danmark er der årligt 14.169 nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes, og 249.437 personer lever med type 2-diabetes i perioden 2017-2018.

Blandt personer med type 2-diabetes, i forhold til personer uden type 2-diabetes, er der årligt:

- 2.271 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 4,3 % af alle dødsfald.
- 9.736 ekstra antal planlagte og 45.799 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 3,2 % og 5,3 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 324.746 ekstra antal planlagte og 16.936 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 3,4 % og 1,9 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 2.141.093 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 4,5 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 579.718 ekstra kontakter til fodterapi svarende til 88,4 % af alle kontakter til fodterapi.
- 95.215 ekstra kontakter til øjenlæge svarende til 4,2 % af alle kontakter til øjenlæge.
- 317.464 ekstra sygedage svarende til 1,4 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 609 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 5,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 4.447,2 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 3.570,2 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse.

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved hypoglykæmi (forhøjet blodsukker) som skyldes, at kroppen ikke kan udnytte insulin optimalt eller ikke producerer en tilstrækkelig mængde insulin (1). Klassiske symptomer på type 2-diabetes omfatter tørst, øget vandladning, øget infektionstendens, væggtab og træthed (2). Desuden er type 2-diabetes forbundet med en øget risiko for sendiabetiske komplikationer, herunder skader på øjne, nyrer, nerver og hjerte (2).

Antallet af personer diagnosticeret med type 2-diabetes har været stærkt stigende gennem de seneste år, således at type 2-diabetes nu er en af de mest hyppige kroniske sygdomme i Danmark (3). Stigningen vurderes at skyldes en kombination af fedmeepidemien, fysisk inaktivitet, en ældre befolkning, forbedret overlevelse samt tidligere diagnostik (3).

Risikofaktorer for type 2-diabetes omfatter en lang række risikofaktorer, såsom søvnkvalitet og -mængde, rygning, dyslipidæmi, forhøjet blodtryk, etnicitet,

familiehistorie af diabetes, overvægt og fedme samt fysisk inaktivitet (4). Type 2-diabetes kan forekomme i alle aldre, men ses hyppigst hos personer i 40-60-års alderen (4). Der foreligger desuden en genetisk disposition for udvikling af type 2-diabetes (4).

Opgørelser i dette kapitel er baseret på Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret. Der gøres opmærksom på uoverensstemmelser mellem populationer dannet på baggrund af disse registre og populationer dannet på baggrund af andre opgørelsesmetoder, der f.eks. inddrager laboratoriedata og kliniske kvalitetsdatabaser. Der gøres desuden opmærksom på, at personer der kun behandles i almen praksis (ca. 30.000 personer) ikke indgår i disse registre, hvorfor de heller ikke indgår i opgørelserne i denne rapport. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.



## 8.1 Forekomst af type 2-diabetes

Der er årligt 14.169 nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes i perioden 2017-2018. Heraf er 8.329 mænd og 5.840 kvinder, svarende til en rate på 354,6 pr. 100.000 personår for mænd og 243,0 for kvinder (Tabel 8.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af type 2-diabetes viser, at der årligt er 249.437, som lever med type 2-diabetes i Danmark. Heraf er 138.071 mænd og 111.366 kvinder, svarende til 5.898,1 pr. 100.000 mænd og 4.648,3 pr. 100.000 kvinder (Tabel 8.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af type 2-diabetes højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

**Tabel 8.1.1** Type 2-diabetes. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	14.169	298,1	249.437	5.266,0
I alt 30+ år	13.700	370,6	246.304	6.684,8
<b>Mænd</b>				
16-29 år	142	26,2	848	157,7
30-49 år	1.574	215,4	13.545	1.850,6
50-64 år	3.356	592,4	45.074	7.990,5
65-74 år	2.087	664,4	46.471	14.814,0
75+ år	1.171	590,7	32.134	16.614,6
I alt for mænd	8.329	354,6	138.071	5.898,1
I alt for mænd 30+ år	8.188	452,5	137.223	7.610,3
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	328	63,4	2.286	444,3
30-49 år	925	128,9	14.595	2.029,6
50-64 år	2.051	362,3	30.394	5.391,0
65-74 år	1.398	419,8	31.501	9.474,9
75+ år	1.138	420,6	32.591	12.249,6
I alt for kvinder	5.840	243,0	111.366	4.648,3
I alt for kvinder 30+ år	5.512	292,1	109.081	5.797,8

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.489 og 1.947 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 30,4 % og 35,3 % færre nye sygdomstilfælde af type 2-diabetes blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af type 2-diabetes er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 40.373 og 35.713 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af type 2-diabetes i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 29,4 % og 32,7 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 8.1.2** Type 2-diabetes. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
I alt	13.700	369,3	4.436	32,4	246.304	6.611,1	76.087	30,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.586	620,1	1.272	49,2	46.772	10.499,0	21.038	45,0
Erhvervsfaglig/ gymnasial	3.740	453,5	1.217	32,6	61.866	7.643,6	19.335	31,3
Videregående	1.427	301,3	ref.	ref.	23.327	5.226,0	ref.	ref.
Uoplyst	436	698,9			5.259	10.180,2		
I alt for mænd	8.188	455,2	2.489	30,4	137.223	7.734,3	40.373	29,4
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	2.210	437,2	1.204	54,5	48.791	8.243,9	22.492	46,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.043	284,8	743	36,4	37.378	5.302,6	13.222	35,4
Videregående	1.003	177,4	ref.	ref.	18.590	3.390,4	ref.	ref.
Uoplyst	257	498,6			4.322	9.082,7		
I alt for kvinder	5.512	287,3	1.947	35,3	109.081	5.583,3	35.713	32,7

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 8.2 Type 2-diabetes og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 1.305 og 966 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes sammenlignet med mænd og kvinder uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.2.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 per-

soner), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med type 2-diabetes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 4,9 % og 3,6 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 8.2.1** Type 2-diabetes. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	2.271	8,7	4,3
<b>Mænd</b>			
30-49 år	39	2,6	4,3
50-64 år	208	4,3	5,4
65-74 år	431	8,9	6,5
75+ år	626	18,8	4,1
I alt for mænd 30+ år	1.305	9,0	4,9
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	22	1,4	4,0
50-64 år	99	3,0	4,0
65-74 år	215	6,5	4,7
75+ år	630	18,7	3,3
I alt for kvinder 30+ år	966	8,4	3,6

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.2.2). Blandt kvinder ses social ulighed i dødelighed, hvor det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannel-

se og videregående uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 39 flere og 236 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis dødeligheden blandt personer med type 2-diabetes var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 3,0 % flere dødsfald blandt mænd og 24,4 % færre dødsfald blandt kvinder med type 2-diabetes i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 8.2.2** Type 2-diabetes. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	2.271	8,6	197	8,7
<b>Mænd</b>				
Grundskole	441	8,8	-27	-6,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	606	9,2	-12	-1,9
Videregående	233	9,4	ref.	ref.
Uoplyst	25	4,4		
I alt for mænd	1.305	8,9	-39	-3,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	532	10,3	209	39,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	279	6,9	27	9,7
Videregående	126	6,2	ref.	ref.
Uoplyst	28	6,0		
I alt for kvinder	966	8,2	236	24,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

### 8.3 Type 2-diabetes og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 9.736 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 4,2 % og 2,3 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 45.799 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 per-

soner), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 6,4 % og 4,2 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 314 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.3.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes udgør 2,9 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser. For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 1.579 ekstra antal indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes udgør 4,0 % alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 8.3.1** Type 2-diabetes. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	9.736	36,9	3,2	45.799	173,7	5,3
I alt 30+ år	9.544	36,7	3,5	44.975	173,0	5,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	78	78,8	0,8	266	268,9	0,9
30-49 år	706	46,7	3,4	2.614	172,9	4,5
50-64 år	2.148	44,3	5,3	7.239	149,5	7,6
65-74 år	2.170	44,7	5,2	8.800	181,2	8,7
75+ år	885	26,6	3,1	7.329	220,0	5,9
I alt for mænd	5.987	40,9	4,2	26.248	179,3	6,4
I alt for mænd 30+ år	5.909	40,6	4,5	25.982	178,7	6,8
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	114	43,7	0,6	558	213,6	0,8
30-49 år	644	41,5	1,6	2.012	129,7	2,2
50-64 år	1.430	44,1	3,6	4.936	152,1	6,5
65-74 år	1.069	32,5	3,0	5.404	164,3	6,7
75+ år	492	14,6	1,7	6.641	196,9	4,6
I alt for kvinder	3.749	32,0	2,3	19.551	166,8	4,2
I alt for kvinder 30+ år	3.635	31,7	2,5	18.993	165,7	4,9
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	314	1,2	2,9	1.579	6,0	4,0
I alt 30+ år	275	1,1	3,4	1.397	5,4	5,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med type 2-diabetes. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder. Der ville årligt være henholdsvis 487 færre og 234 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,2 % færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og 6,4 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med type 2-diabetes.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole om længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.3.2). Blandt mænd ses social ulighed, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med type 2-diabetes er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.811 og 4.346 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 10,8 % og 22,9 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes.

**Tabel 8.3.2** Type 2-diabetes. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	9.544	35,7	253	2,7	44.975	169,8	7.157	15,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	1.894	37,9	38	2,0	9.152	183,4	1.273	13,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.901	44,0	449	15,5	11.946	181,2	1.538	12,9
Videregående	923	37,2	ref.	ref.	3.921	157,9	ref.	ref.
Uoplyst	191	33,2			963	167,7		
I alt for mænd	5.909	40,4	487	8,2	25.982	177,5	2.811	10,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.404	27,1	-341	-24,3	9.565	184,4	3.233	33,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.466	36,3	107	7,3	6.049	149,5	1.113	18,4
Videregående	678	33,6	ref.	ref.	2.462	122,0	ref.	ref.
Uoplyst	87	18,5			916	195,2		
I alt for kvinder	3.635	31,0	-234	-6,4	18.993	162,0	4.346	22,9

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.



## 8.4 Type 2-diabetes og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 324.746 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 5,1 % og 2,2 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 16.936 ekstra antal kontakter blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det

ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 2,0 % og 1,8 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med type 2-diabetes er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 27.616 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.4.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med type 2-diabetes udgør 2,5 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter. For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 1.694 ekstra antal kontakter blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med type 2-diabetes udgør 2,8 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Table 8.4.1** Type 2-diabetes. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	324.746	1.231,9	3,4	16.936	64,2	1,9
I alt 30+ år	317.410	1.220,8	3,8	16.377	63,0	2,4
<b>Mænd</b>						
16-29 år	2.944	2.975,2	0,9	106	107,4	0,1
30-49 år	31.166	2.061,4	4,3	1.263	83,6	1,1
50-64 år	80.416	1.660,5	7,3	2.525	52,1	2,7
65-74 år	62.196	1.280,9	6,0	2.885	59,4	4,8
75+ år	22.232	667,5	3,0	2.088	62,7	3,2
I alt for mænd	198.954	1.359,0	5,1	8.867	60,6	2,0
I alt for mænd 30+ år	196.010	1.348,0	5,5	8.760	60,2	2,6
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	4.392	1.681,0	0,5	453	173,3	0,4
30-49 år	23.171	1.493,0	1,6	1.356	87,4	1,2
50-64 år	47.236	1.455,9	3,2	2.512	77,4	2,9
65-74 år	35.851	1.089,7	3,4	1.939	58,9	3,3
75+ år	15.141	448,9	1,9	1.809	53,6	2,1
I alt for kvinder	125.792	1.073,3	2,2	8.069	68,8	1,8
I alt for kvinder 30+ år	121.400	1.059,4	2,5	7.616	66,5	2,2
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	27.616	104,8	2,5	1.694	6,4	2,8
I alt 30+ år	25.019	96,2	3,8	1.495	5,8	3,8

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante kontakter***

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.4.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højere blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med type 2-diabetes er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 3,989 og 14,035 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis kontaktmønsteret blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,0 % og 11,6 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.4.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med type 2-diabetes, hvor det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med grundskole, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 136 og 825 færre akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis kontaktmønsteret blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,5 % og 10,8 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 8.4.2** Type 2-diabetes, planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	317.410	1.187,3	-18.025	-5,7	16.377	62,4	961	5,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	62.370	1.249,9	-5.201	-8,3	3.031	60,7	85	2,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	90.476	1.372,5	1.212	1,3	3.942	59,8	51	1,3
Videregående	33.624	1.354,1	ref.	ref.	1.466	59,0	ref.	ref.
Uoplyst	9.540	1.660,7			321	55,9		
I alt for mænd	196.010	1.338,9	-3.989	-2,0	8.760	59,8	136	1,5
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	48.495	934,7	-11.730	-24,2	3.756	72,4	813	21,7
Erhvervsfaglig/ gymnasial	44.647	1.103,7	-2.305	-5,2	2.306	57,0	11	0,5
Videregående	23.421	1.160,7	ref.	ref.	1.144	56,7	ref.	ref.
Uoplyst	4.837	1.030,6			410	87,4		
I alt for kvinder	121.400	1.035,8	-14.035	-11,6	7.616	65,0	825	10,8

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

## 8.5 Type 2-diabetes og praksissektor

Der er årligt 2.141.093 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med type 2-diabetes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 6,5 % og 3,3 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 8.5.1** Type 2-diabetes. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	2.141.093	8.122,3	4,5
I alt 30+ år	2.125.404	8.174,5	5,3
<b>Mænd</b>			
16-29 år	5.467	5.525,1	0,3
30-49 år	130.442	8.627,7	3,6
50-64 år	420.141	8.675,2	9,0
65-74 år	400.194	8.241,6	9,4
75+ år	236.271	7.094,4	6,2
I alt for mænd	1.192.515	8.145,6	6,5
I alt for mænd 30+ år	1.187.048	8.163,4	7,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	10.222	3.911,8	0,2
30-49 år	105.219	6.779,6	1,5
50-64 år	311.099	9.588,5	5,0
65-74 år	284.597	8.650,8	5,8
75+ år	237.442	7.039,7	4,2
I alt for kvinder	948.578	8.093,3	3,3
I alt for kvinder 30+ år	938.356	8.188,6	3,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med type 2-diabetes er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det

ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 61.421 og 88.278 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvis kontaktmønsteret blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 5,2 % og 9,4 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder.

**Tabel 8.5.2** Type 2-diabetes. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	2.125.404	8.057,2	149.699	7,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	418.311	8.382,7	36.553	8,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	529.182	8.027,4	24.868	4,7
Videregående	189.965	7.650,2	ref.	ref.
Uoplyst	49.590	8.632,5		
I alt for mænd	1.187.048	8.108,3	61.421	5,2
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	428.701	8.262,6	53.859	12,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	326.655	8.075,4	34.419	10,5
Videregående	145.773	7.224,5	ref.	ref.
Uoplyst	37.227	7.932,4		
I alt for kvinder	938.356	8.006,1	88.278	9,4

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

### Kontakter til fodterapi

Der er årligt 579.718 ekstra antal kontakter til fodterapi blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til fodterapi pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til

fodterapi blandt personer med type 2-diabetes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal kontakter til fodterapi blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 90,0 % og 86,9 % af alle kontakter til fodterapi.

**Tabel 8.5.3** Type 2-diabetes. Ekstra antal kontakter til fodterapi, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle kontakter til fodterapi opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	579.718	2.199,2	88,4
I alt 30+ år	579.718	2.229,7	88,8
<b>Mænd</b>			
30-49 år	14.277	944,3	75,9
50-64 år	77.234	1.594,8	89,1
65-74 år	119.924	2.469,7	92,1
75+ år	90.343	2.712,7	91,7
I alt for mænd	301.779	2.061,3	90,0
I alt for mænd 30+ år	301.779	2.075,4	90,3
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	11.877	765,2	64,9
50-64 år	64.741	1.995,4	86,3
65-74 år	94.560	2.874,3	89,6
75+ år	106.761	3.165,3	89,3
I alt for kvinder	277.939	2.371,4	86,9
I alt for kvinder 30+ år	277.939	2.425,5	87,3

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til fodterapi er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Kontakter til øjenlæge

Der er årligt 95.215 ekstra antal kontakter til øjenlæge blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.5.4).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til øjenlæge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til

øjelæge blandt personer med type 2-diabetes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal kontakter til øjenlæge blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 6,8 % og 2,5 % af alle kontakter til øjenlæge.

**Tabel 8.5.4** Type 2-diabetes. Ekstra antal kontakter til øjenlæge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle kontakter til øjenlæge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	95.215	361,2	4,2
I alt 30+ år	94.800	364,6	4,4
<b>Mænd</b>			
16-29 år	193	195,1	0,7
30-49 år	5.910	390,9	6,5
50-64 år	25.284	522,1	12,1
65-74 år	23.817	490,5	7,9
75+ år	7.008	210,4	2,5
I alt for mænd	62.213	425,0	6,8
I alt for mænd 30+ år	62.020	426,5	7,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	222	85,1	0,6
30-49 år	4.499	289,9	3,3
50-64 år	16.009	493,4	5,2
65-74 år	11.499	349,5	2,7
75+ år	772	22,9	0,2
I alt for kvinder	33.002	281,6	2,5
I alt for kvinder 30+ år	32.780	286,1	2,5

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra kontakter til øjenlæge er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.



## 8.6 Type 2-diabetes og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 317.464 ekstra antal sygedage blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes udgør henholdsvis 2,4 % og 0,8 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 8.6.1** Type 2-diabetes. Ekstra antal sygedage blandt personer med type 2-diabetes, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	317.464	3.768,9	1,5
I alt 30+ år	310.881	3.844,9	1,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	2.676	3.021,6	0,2
30-49 år	55.775	4.363,7	1,4
50-64 år	159.793	4.554,6	4,1
I alt for mænd	218.244	4.476,8	2,4
I alt for mænd 30+ år	215.568	4.503,7	2,8
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	3.907	1.569,2	0,3
30-49 år	36.749	2.795,6	0,6
50-64 år	58.564	2.950,2	1,2
I alt for kvinder	99.220	2.796,0	0,8
I alt for kvinder 30+ år	95.313	2.888,7	0,9

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

## 8.7 Type 2-diabetes og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år er der årligt 609 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes sammenlignet med mænd og kvinder uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med type 2-diabetes højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

**Tabel 8.7.1** Type 2-diabetes. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af type 2-diabetes ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	609	7,2	5,6
I alt 30+ år	594	7,4	6,2
<b>Mænd</b>			
16-29 år	7	7,8	0,9
30-49 år	72	5,6	4,6
50-64 år	235	6,7	8,0
I alt	313	6,4	5,9
I alt for mænd 30-64 år	306	6,4	6,8
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	7	2,9	1,4
30-49 år	78	5,9	4,2
50-64 år	210	10,6	6,5
I alt	295	8,3	5,3
I alt for kvinder 30-64 år	288	8,7	5,7

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 8.7.2). Der ses social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt både mænd og kvinder med type 2-diabetes, hvor det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer er højest blandt både mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannel-

se, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 68 og 72 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med type 2-diabetes var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 22,1 % og 25,0 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med type 2-diabetes i alderen 30-64 år.

**Tabel 8.7.2** Type 2-diabetes. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med type 2-diabetes og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	594	7,6	140	23,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	130	9,8	66	50,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	113	4,9	2	1,4
Videregående	43	4,8	ref.	ref.
Uoplyst	19	7,5		
I alt for mænd	306	6,4	68	22,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	89	11,6	42	47,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	117	8,3	30	25,5
Videregående	59	6,1	ref.	ref.
Uoplyst	22	14,4		
I alt for kvinder	288	8,7	72	25,0

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

## 8.8 Type 2-diabetes og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 4.447,2 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med type 2-diabetes i forhold til personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabe-

tes (Tabel 8.8.1). Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin, hjemmehjælp og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til fodterapi og øjenlæge udgør de mindste dele af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tablet 8.8.1** Type 2-diabetes. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med type 2-diabetes opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)						I alt
	Praksis	Fodterapi	Øjenlæge	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	168,6	154,0	73,2	2.477,3	1.070,0	504,1	4.447,2
<b>Mænd</b>							
16-29 år	0,5	-	0,1	22,5	4,5	-	27,6
30-49 år	11,1	3,8	3,2	206,6	68,9	7,5	301,1
50-64 år	34,4	20,7	14,4	506,8	240,9	44,8	862
65-74 år	31,4	32,2	16,7	465,5	215,6	63,9	825,3
75+ år	17,9	23,6	8,7	245,5	95,7	106,5	497,9
I alt pr. 1.000 mænd	0,6	0,5	0,3	9,9	4,3	1,5	17,1
I alt for mænd	95,2	80,2	43,1	1.446,9	625,6	222,7	2.513,7
<b>Kvinder</b>							
16-29 år	0,9	-	0,1	54,2	5,6	-	60,8
30-49 år	8,9	3,2	2,4	177,7	52,9	10,1	255,2
50-64 år	25,0	17,4	10,1	317,2	160,4	44,9	575
65-74 år	21,3	25,5	10,9	259,5	139,5	79,9	536,6
75+ år	17,3	27,7	6,6	221,7	86,0	146,5	505,8
I alt pr. 1.000 kvinder	0,6	0,6	0,3	8,8	3,8	2,4	16,5
I alt for kvinder	73,4	73,8	30,1	1.030,3	444,4	281,4	1.933,4

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

## 8.9 Type 2-diabetes og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 3.570,2 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med type 2-diabetes i forhold til personer uden type 2-diabe-

tes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes (Tabel 8.9.1). Ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til langvarigt sygefravær og for tidlig død.

**Tabel 8.9.1** Type 2-diabetes. Ekstra produktionstab blandt personer med type 2-diabetes opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

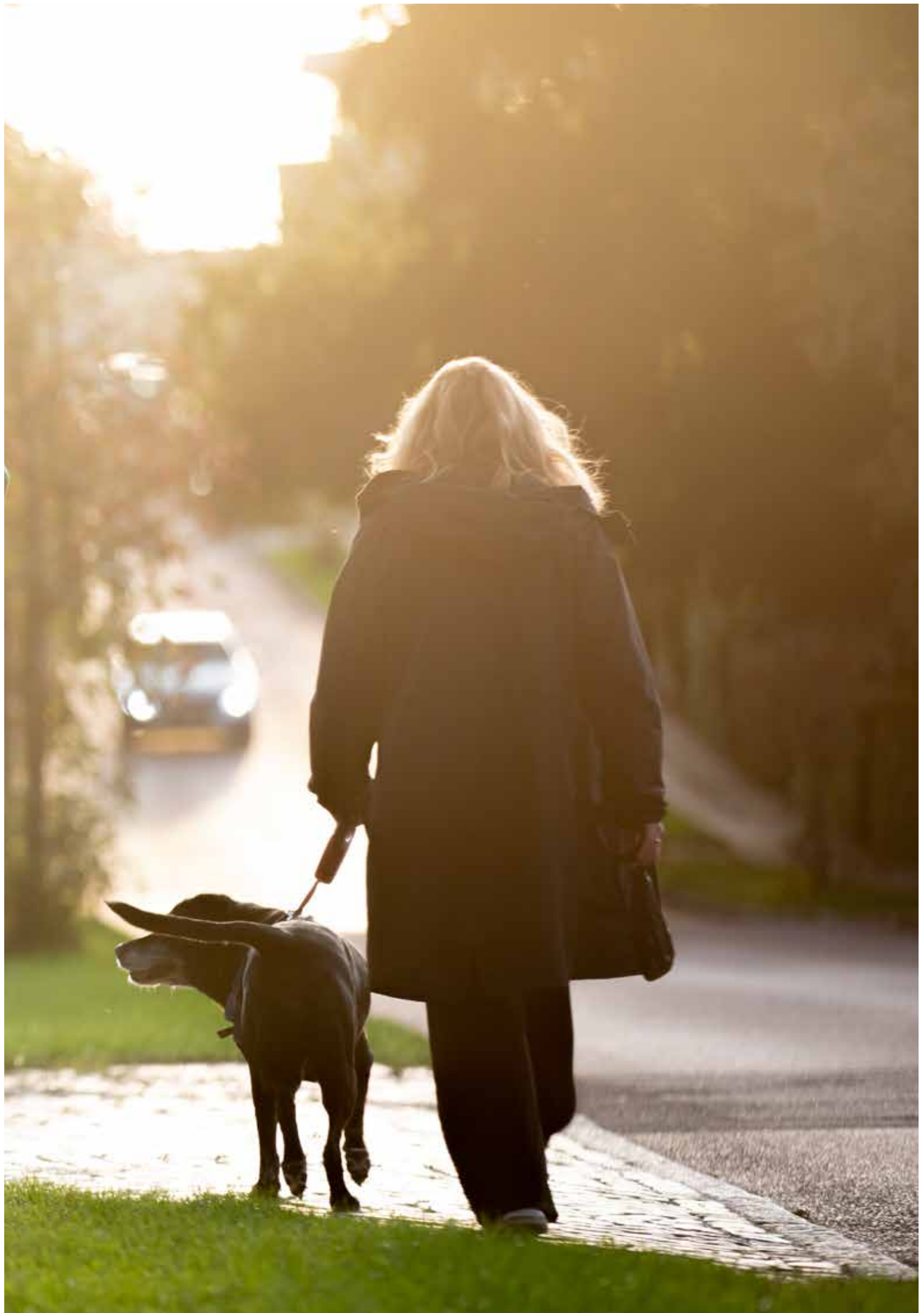
Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	502,1	2.110,2	957,9	3.570,2
<b>Mænd</b>				
16-29 år	2,9	63,7	-	66,6
30-49 år	103,9	490,1	268,8	862,8
50-64 år	260,7	601,3	412,1	1.274,1
I alt pr. 1.000 mænd	2,5	7,9	4,7	15,1
I alt for mænd	366,5	1.160,5	680,9	2.207,9
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	3,5	54,2	-	57,7
30-49 år	53,8	428,1	115,9	597,8
50-64 år	78,6	460,5	161,1	700,2
I alt pr. 1.000 kvinder	1,2	8,1	2,4	11,7
I alt for kvinder	135,6	949,7	277,0	1.362,3

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)t og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset diabetes.

## 8.10 Referencer

1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
2. Bladbjerg EM, Sandbæk A, Stallknecht BM. *Sygdomslære for ikke-klinikere Munksgaard* 2012.
3. Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME. Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016. *BMJ open diabetes research & care*. 2020;8(1).
4. Ismail L, Materwala H, Al Kaabi J. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. *Computational and structural biotechnology journal*. 2021;19:1759-85.



# 9

## **Alkoholrelateret sygelighed**



## 9. Alkoholrelateret sygelighed

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med alkoholrelateret sygelighed i forhold til personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med alkoholrelateret sygelighed i forhold til personer uden alkoholrelateret sygelighed.

I Danmark er der årligt 7.961 nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed, og 135.988 personer lever med alkoholrelateret sygelighed i perioden 2017-2018.

Blandt personer med alkoholrelateret sygelighed, i forhold til personer uden alkoholrelateret sygelighed, er der årligt:

- 3.065 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 5,7 % af alle dødsfald.
- 4.365 ekstra antal planlagte og 53.396 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 1,4 % og 6,1 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 3.519 ekstra antal planlagte og 12.565 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser svarende til henholdsvis 31,9% og 32,1 % af alle planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser.
- 18.229 færre planlagte og 40.227 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 0,2 % færre og 4,4 % flere af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 122.438 ekstra antal planlagte og 17.917 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 11,2 % og 30,0 % af alle planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter.
- 452.108 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 1,0 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 350.409 ekstra sygedage svarende til 1,6 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 902 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 8,3 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 3.566,2 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 9.070,6 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte somatiske indlæggelser og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Alkoholproblemer er kendetegnet ved et forsæt alkoholindtag til trods for negative psykologiske, biologiske, sociale og adfærdsmæssige konsekvenser (1) og er i denne sammenhæng defineret som en kombination af skadeligt forbrug og alkoholafhængighed. Alkoholproblemer forekommer oftere blandt mænd end blandt kvinder (28). De præcise årsager til at man udvikler alkoholproblemer kendes ikke, men både arvelige, biologiske og sociale faktorer spiller med stor sandsynlighed en væsentlig rolle (1). For eksempel har personer, der er familiært disponeret en øget risiko for at udvikle alkoholafhængighed (2-4). Personer, der starter tidligt i livet med at drikke, og som har et skadeligt alkoholforbrug i ungdomsårene, har ligeledes en større risiko for at udvikle alkoholafhængighed (4). Alkoholafhængighed er desuden associeret med psykiatrisk komorbiditet, hvor angst og depression er de hyppigste (5). Sociale faktorer som let adgang

til alkohol og en kultur, hvor der accepteres et højt alkoholforbrug, har betydning for alkoholforbrugets størrelse og for udvikling af alkoholrelaterede skader (1).

Både skadeligt forbrug og afhængighed er underdiagnosticeret. For at få et mere retvisende billede, er alkoholrelateret sygelighed i denne rapport defineret som både psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkoholindtag samt alkoholrelaterede somatiske tilstande, der skyldes et langvarigt og stort alkoholindtag, herunder alkoholrelaterede neurologiske diagnoser, hjertekarsygdom, skader i mave og bugspytkirtel, leversygdom og forgiftningsdødsfald. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 9.1 Forekomst af alkoholrelateret sygelighed

Der er årligt 7.961 nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed i perioden 2017-2018. Heraf er 5.246 mænd og 2.716 kvinder, svarende til en rate på 223,3 pr. 100.000 personår blandt mænd og 113,0 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 9.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år.

Opgørelsen over eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed viser, at der årligt er 135.988 personer, som lever med alkoholrelateret sygelighed i Danmark. Heraf er 89.201 mænd og 46.787 kvinder, svarende til 3.810,5 pr. 100.000 mænd og 1.952,8 pr. 100.000 kvinder (Tabel 9.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

**Tabel 9.1.1** Alkoholrelateret sygelighed. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	7.961	167,5	135.988	2.870,9
I alt 30+ år	6.017	162,8	110.272	2.992,8
<b>Mænd</b>				
16-29 år	1.100	203,9	14.747	2.741,9
30-49 år	1.111	152,0	24.287	3.318,2
50-64 år	1.534	270,8	29.395	5.211,0
65-74 år	1.052	334,7	15.196	4.844,1
75+ år	450	227,1	5.578	2.883,8
I alt for mænd	5.246	223,3	89.201	3.810,5
I alt for mænd 30+ år	4.146	229,1	74.455	4.129,2
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	845	163,6	10.969	2.132,3
30-49 år	478	66,6	9.743	1.354,9
50-64 år	625	110,3	14.351	2.545,4
65-74 år	482	144,6	8.016	2.411,0
75+ år	287	106,1	3.709	1.393,9
I alt for kvinder	2.716	113,0	46.787	1.952,8
I alt for kvinder 30+ år	1.871	99,1	35.818	1.903,8

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af ekstra nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.460 og 550 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 35,2 % og 29,4 % færre nye sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 31.395 og 13.710 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af alkoholrelateret sygelighed i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 42,2 % og 38,3 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 9.1.2** Alkoholrelateret sygelighed. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
I alt	6.017	162,6	2.010	33,4	110.272	2.983,3	45.106	40,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	1.365	347,4	815	59,7	27.081	7.153,1	18.970	70,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.836	223,7	645	35,1	32.486	3.952,1	12.425	38,2
Videregående	681	143,1	ref.	ref.	11.709	2.398,5	ref.	ref.
Uoplyst	265	376,0			3.180	4.532,3		
I alt for mænd	4.146	229,0	1.460	35,2	74.455	4.085,2	31.395	42,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	658	154,2	369	56,0	13.314	3.524,0	10.039	75,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	705	100,9	181	25,8	13.259	1.888,5	3.671	27,7
Videregående	425	74,7	ref.	ref.	8.013	1.357,6	ref.	ref.
Uoplyst	84	151,5			1.232	2.481,8		
I alt for kvinder	1.871	98,7	550	29,4	35.818	1.906,1	13.710	38,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 9.2 Alkoholrelateret sygelighed og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 2.190 og 875 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med mænd og kvinder uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 8,1 % og 3,3 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder, der er 16 år eller derover.

**Tabel 9.2.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt	3.065	21,3	5,7
I alt 30+ år	3.037	26,2	5,7
<b>Mænd</b>			
16-29 år	23	1,5	11,2
30-49 år	217	8,5	23,7
50-64 år	867	28,1	22,5
65-74 år	712	44,0	10,7
75+ år	371	61,7	2,4
I alt for mænd	2.190	23,2	8,1
I alt for mænd 30+ år	2.167	27,6	8,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	5	0,5	6,7
30-49 år	59	5,7	10,6
50-64 år	320	21,4	13,0
65-74 år	294	34,7	6,4
75+ år	198	49,6	1,0
I alt for kvinder	875	17,7	3,3
I alt for kvinder 30+ år	870	23,1	3,3

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.2.2). Der ses ikke social ulighed i dødelighed blandt hverken mænd eller kvinder med alkoholrelateret sygelighed. Det ses ved, at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelses-

grupper. Der ville årligt være henholdsvis 154 og 39 færre ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis dødeligheden blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 7,1 % og 4,4 % færre ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 9.2.2** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	3.037	20,3	193	6,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	813	22,0	31	3,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	969	24,2	123	12,7
Videregående	283	21,1	ref.	ref.
Uoplyst	102	26,1		
I alt for mænd	2.167	23,0	154	7,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	384	19,3	53	13,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	289	15,8	-15	5,1
Videregående	160	16,6	ref.	ref.
Uoplyst	37	24,2		
I alt for kvinder	870	17,6	39	4,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### 9.3 Alkoholrelateret sygelighed og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 4.365 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 2,0 % og 0,9 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 53.396 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 8,7 % og 3,8 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte psykiatriske indlæggelser**

Der er årligt 3.519 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 41,3 % og 23,0 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser.

#### **Akutte psykiatriske indlæggelser**

Der er årligt 12.565 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med alkoholrelateret sygelighed ligeledes højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 40,9 % og 23,3 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 9.3.1** Alkoholrelateret sygelighed. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	4.365	30,4	1,4	53.396	371,4	6,1
I alt 30+ år	4.115	35,4	1,5	49.372	425,3	6,4
<b>Mænd</b>						
16-29 år	88	5,5	0,9	1.924	121,4	6,5
30-49 år	549	21,6	2,7	8.455	333,1	14,5
50-64 år	1.444	46,8	3,6	15.095	489,0	15,8
65-74 år	687	42,4	1,6	7.743	477,9	7,6
75+ år	123	20,5	0,4	2.517	419,3	2,0
I alt for mænd	2.891	30,7	2,0	35.734	378,9	8,7
I alt for mænd 30+ år	2.803	35,7	2,1	33.810	430,9	8,9
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	162	13,7	0,8	2.100	177,8	2,9
30-49 år	236	23,1	0,6	3.499	342,4	3,9
50-64 år	682	45,6	1,7	6.607	441,6	8,7
65-74 år	318	37,5	0,9	4.014	473,3	5,0
75+ år	76	19,1	0,3	1.442	362,3	1,0
I alt for kvinder	1.474	29,8	0,9	17.662	357,1	3,8
I alt for kvinder 30+ år	1.312	34,9	0,9	15.562	413,4	4,0
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	3.519	24,5	31,9	12.565	87,4	32,1
I alt 30+ år	2.983	25,7	37,0	10.173	87,6	38,1
<b>Mænd</b>						
16-29 år	274	17,3	22,0	1.255	79,2	23,9
30-49 år	1.059	41,7	49,1	3.731	147,0	46,8
50-64 år	717	23,2	55,2	2.534	82,1	55,5
65-74 år	143	8,8	34,8	442	27,3	36,0
75+ år	21	3,6	8,6	67	11,2	11,3
I alt for mænd	2.214	23,5	41,3	8.029	85,1	40,9
I alt for mænd 30+ år	1.940	24,7	47,1	6.774	86,3	47,2
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	262	22,2	15,3	1.136	96,2	16,0
30-49 år	498	48,8	29,0	1.710	167,3	28,3
50-64 år	374	25,0	35,0	1.336	89,3	35,6
65-74 år	136	16,1	23,2	293	34,5	19,9
75+ år	34	8,6	5,9	61	15,3	5,5
I alt for kvinder	1.305	26,4	23,0	4.536	91,7	23,3
I alt for kvinder 30+ år	1.043	27,7	26,4	3.399	90,3	27,5

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### **Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser er højere blandt både mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Der ville årligt være henholdsvis 339 og 408 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 12,1 % og 31,1 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.474 færre og 509 flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,4 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og 3,3 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvor det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med videregående uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt kvinder med grundskole og erhvervsfaglig/videregående uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer højest blandt personer med grundskole, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 85 færre og 274 flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,4 % færre planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 26,2 % flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed, hvor det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med grundskole, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer højest blandt personer med grundskole, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.574 og 47 færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 23,2 % og 1,4 % færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 9.3.2** Alkoholrelateret sygelighed. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	4.115	28,1	-747	-18,2	49.372	336,6	965	2,0
<b>Mænd</b>								
Grundskole	949	25,7	-279	-29,4	12.968	350,5	566	4,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.268	31,7	-60	-4,7	14.320	357,9	908	6,3
Videregående	445	33,2	ref.	ref.	4.492	335,2	ref.	ref.
Uoplyst	142	36,3			2.031	520,6		
I alt for mænd	2.803	29,7	-339	-12,1	33.810	358,5	1.474	4,4
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	378	19,0	-323	-85,4	6.073	304,5	-329	-5,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	560	30,5	-85	-15,2	5.706	311,2	-180	-3,2
Videregående	339	35,2	ref.	ref.	3.097	321,0	ref.	ref.
Uoplyst	34	22,6			685	451,0		
I alt for kvinder	1.312	26,5	-408	-31,1	15.562	314,7	-509	-3,3
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>								
I alt	2.983	20,8	-188	-6,3	10.173	70,3	1.621	15,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	894	24,2	198	22,2	3.384	91,5	1.483	43,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	640	16,0	-113	-17,6	2.147	53,7	91	4,2
Videregående	252	18,8	ref.	ref.	688	51,4	ref.	ref.
Uoplyst	154	39,4			555	142,2		
I alt for mænd	1.940	20,6	85	4,4	6.774	71,8	1.574	23,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	387	19,4	-145	-37,5	1.492	74,8	142	9,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	360	19,7	-128	-35,6	1.147	62,5	-95	-8,3
Videregående	257	26,7	ref.	ref.	653	67,7	ref.	ref.
Uoplyst	38	25,3			107	70,5		
I alt for kvinder	1.043	21,1	-274	-26,2	3.399	68,7	47	1,4

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.4 Alkoholrelateret sygelighed og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### **Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Der er årligt 18.229 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Blandt personer på 50 år eller derover ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med mænd og kvinder uden alkoholrelateret sygelighed i samme alder.

### **Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 40.227 ekstra antal kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 5,9 % og 3,0 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

For de planlagte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 122.438 ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 16,7 % og 7,6 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 17.917 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 38,3 % og 21,5 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

**Tabel 9.4.1** Alkoholrelateret sygelighed. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	-18.229	-126,8	-0,2	40.227	279,8	4,4
I alt 30+ år	-24.573	-211,7	-0,3	32.920	283,6	4,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	1.807	114,0	0,6	3.740	236,0	3,3
30-49 år	406	16,0	0,1	7.778	306,4	6,5
50-64 år	-1.692	-54,8	-0,2	9.373	303,6	10,2
65-74 år	-7.968	-491,8	-0,8	4.187	258,4	6,9
75+ år	-4.468	-744,4	-0,6	1.290	214,9	2,0
I alt for mænd	-11.916	-126,4	-0,3	26.367	279,6	5,9
I alt for mænd 30+ år	-13.723	-174,9	-0,4	22.628	288,4	6,7
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	4.537	384,1	0,5	3.567	301,9	3,1
30-49 år	874	85,5	0,1	3.237	316,7	2,8
50-64 år	-4.148	-277,2	-0,3	4.113	274,9	4,7
65-74 år	-4.470	-527,1	-0,4	2.134	251,6	3,7
75+ år	-3.106	-780,4	-0,4	809	203,3	1,0
I alt for kvinder	-6.313	-127,6	-0,1	13.860	280,3	3,0
I alt for kvinder 30+ år	-10.850	-288,3	-0,2	10.293	273,5	3,0
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	122.438	851,7	11,2	17.917	124,6	30,0
I alt 30+ år	97.176	837,0	14,7	14.886	128,2	38,0
<b>Mænd</b>						
16-29 år	12.193	769,5	8,1	1.668	105,3	18,5
30-49 år	35.814	1.410,9	20,9	5.150	202,9	43,7
50-64 år	19.037	616,7	24,6	3.983	129,0	57,1
65-74 år	3.802	234,7	21,8	667	41,2	39,7
75+ år	756	126,0	6,7	112	18,6	14,9
I alt for mænd	71.602	759,3	16,7	11.580	122,8	38,3
I alt for mænd 30+ år	59.409	757,2	21,4	9.912	126,3	46,7
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	13.069	1.106,3	4,6	1.363	115,4	11,8
30-49 år	19.903	1.947,6	8,4	2.335	228,5	26,0
50-64 år	13.648	912,3	14,6	2.011	134,4	36,0
65-74 år	3.376	398,1	13,2	523	61,7	25,8
75+ år	839	210,8	3,1	105	26,5	7,9
I alt for kvinder	50.836	1.028,0	7,6	6.338	128,2	21,5
I alt for kvinder 30+ år	37.767	1.003,4	9,9	4.975	132,2	27,7

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Der ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alle uddannelsesgrupper sammenlignet med mænd og kvinder uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der for både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 12.472 og 12.132 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis kontaktmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

### **Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.4.1). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der for mænd ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.647 færre og 456 flere akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis kontaktmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 7,3 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 4,4 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervs-

faglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.4.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt kvinder er den sociale ulighed kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 4.083 færre og 7.823 flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis kontaktmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,9 % færre planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og 20,7 % flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.4.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed, hvor det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer blandt mænd er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.149 færre og 266 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis kontaktmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,6 % færre akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og 5,3 % flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 9.4.2** Alkoholrelateret sygelighed, planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	-24.573	-182,5	-24.604	100,1	32.920	224,0	1.191	3,6
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-8.939	-241,6	-9.026	101,0	9.178	248,1	1.344	14,6
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-3.352	-83,8	-3.446	102,8	8.776	219,4	303	3,5
Videregående	32	2,4	ref.	ref.	2.837	211,8	ref.	ref.
Uoplyst	-1.464	-375,2			1.836	470,6		
I alt for mænd	-13.723	-145,5	-12.472	90,9	22.628	239,9	1.647	7,3
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	-7.705	-386,3	-8.575	111,3	4.150	208,1	-105	-2,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-2.758	-150,4	-3.558	129,0	3.561	194,2	-351	-9,9
Videregående	421	43,6	ref.	ref.	2.059	213,3	ref.	ref.
Uoplyst	-808	-531,7			523	344,4		
I alt for kvinder	-10.850	-219,4	-12.132	111,8	10.293	208,1	-456	-4,4
<b>Psykiatriske kontakter</b>								
I alt	97.176	696,8	-3.740	-3,8	14.886	102,8	883	5,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	26.680	721,2	5.290	19,8	4.579	123,8	1.299	28,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	21.924	548,0	-1.208	-5,5	3.397	84,9	-150	-4,4
Videregående	7.747	578,2	ref.	ref.	1.188	88,7	ref.	ref.
Uoplyst	3.059	784,0			748	191,6		
I alt for mænd	59.409	630,0	4.083	6,9	9.912	105,1	1.149	11,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	13.353	669,5	-5.263	-39,4	2.037	102,1	-66	-3,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	14.554	793,7	-2.560	-17,6	1.734	94,5	-200	-11,5
Videregående	9.006	933,3	ref.	ref.	1.017	105,4	ref.	ref.
Uoplyst	854	561,6			186	122,7		
I alt for kvinder	37.767	763,7	-7.823	-20,7	4.975	100,6	-266	-5,3

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.5 Alkoholrelateret sygelighed og praksissektor

Der er årligt 452.108 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.5.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 1,5 % og 0,6 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 9.5.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	452.108	3.144,9	1,0
I alt 30+ år	401.932	3.462,0	1,0
<b>Mænd</b>			
16-29 år	19.793	1.249,1	1,0
30-49 år	83.184	3.277,1	2,3
50-64 år	114.808	3.719,1	2,5
65-74 år	43.789	2.702,7	1,0
75+ år	7.029	1.170,9	0,2
I alt for mænd	268.602	2.848,3	1,5
I alt for mænd 30+ år	248.809	3.171,2	1,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	30.384	2.571,9	0,6
30-49 år	39.983	3.912,6	0,6
50-64 år	71.536	4.781,7	1,1
65-74 år	34.692	4.090,8	0,7
75+ år	6.912	1.736,6	0,1
I alt for kvinder	183.507	3.710,7	0,6
I alt for kvinder 30+ år	153.123	4.068,1	0,6

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til praktiserende læge blandt personer med alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder

gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 76.484 og 44.247 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed, hvis kontaktmønsteret blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 30,7 % og 28,9 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 9.5.2** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	401.932	2.867,3	-120.731	-30,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	80.543	2.177,1	-48.304	-60,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	111.159	2.778,4	-28.180	-25,4
Videregående	46.664	3.482,8	ref.	ref.
Uoplyst	10.443	2.676,7		
I alt for mænd	248.809	2.638,4	-76.484	-30,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	50.300	2.521,8	-30.018	-59,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	59.610	3.250,7	-14.229	-23,9
Videregående	38.856	4.026,7	ref.	ref.
Uoplyst	4.357	2.866,2		
I alt for kvinder	153.123	3.096,3	-44.247	-28,9

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



## 9.6 Alkoholrelateret sygelighed og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 350.409 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 2,9 % og 0,7 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 9.6.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal sygedage blandt personer med alkoholrelateret sygelighed, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	350.409	4.226,4	1,6
I alt 30+ år	313.905	5.627,5	1,7
<b>Mænd</b>			
16-29 år	25.124	1.622,5	2,0
30-49 år	120.367	5.843,3	3,1
50-64 år	114.568	v	2,9
I alt for mænd	260.059	4.726,4	2,9
I alt for mænd 30+ år	234.935	5.942,0	3,0
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	11.380	977,4	0,8
30-49 år	40.040	4.903,3	0,6
50-64 år	38.930	4.820,2	0,8
I alt for kvinder	90.350	3.240,4	0,7
I alt for kvinder 30+ år	78.970	4.862,0	0,7

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.7 Alkoholrelateret sygelighed og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 669 og 233 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med mænd og kvinder uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt

førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med alkoholrelateret sygelighed højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed udgør henholdsvis 12,6 % og 4,2 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 9.7.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af alkoholrelateret sygelighed, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	902	10,9	8,3
I alt 30+ år	876	15,7	9,2
<b>Mænd</b>			
16-29 år	17	1,1	2,2
30-49 år	212	10,3	13,6
50-64 år	436	23,0	14,9
I alt	669	12,2	12,6
I alt for mænd 30-64 år	650	16,4	14,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	5	0,4	1,0
30-49 år	67	8,2	3,6
50-64 år	158	19,6	4,9
I alt	233	8,4	4,2
I alt for kvinder 30-64 år	226	13,9	4,5

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 9.7.2). Den sociale ulighed i antal ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med alkoholrelateret sygelighed er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således af det ekstra antal personer

med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 243 og 65 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med alkoholrelateret sygelighed var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 37,4 % og 28,6 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med alkoholrelateret sygelighed i alderen 30-64 år.

**Tabel 9.7.2** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med alkoholrelateret sygelighed og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	876	15,2	308	35,2
<b>Mænd</b>				
Grundskole	283	22,0	158	55,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	264	14,3	85	32,3
Videregående	62	9,7	ref.	ref.
Uoplyst	40	21,0		
I alt for mænd	650	16,4	243	37,4
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	88	19,6	43	49,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	88	13,2	22	24,6
Videregående	44	10,0	ref.	ref.
Uoplyst	5	8,1		
I alt for kvinder	226	13,9	65	28,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.8 Alkoholrelateret sygelighed og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.566,2 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med alkoholrelateret sygelighed i forhold til personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse

og sygelighed (Tabel 9.8.1). Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp og medicin, mens ekstra omkostninger til praksissektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 9.8.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med alkoholrelateret sygelighed opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	42,5	3.070,2	102,8	349,6	3.566,2
<b>Mænd</b>					
16-29 år	2,0	223,7	5,2	-0,4	230,5
30-49 år	8,2	728,6	29,0	5,0	770,8
50-64 år	10,9	738,5	16,7	83,0	849,1
65-74 år	4,2	261,1	4,9	91,8	362,0
75+ år	0,8	69,3	2,5	45,2	117,8
I alt pr. 1.000 mænd	0,3	21,4	0,6	2,4	24,7
I alt for mænd	26,0	2.021,1	58,2	224,7	2.330,0
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	2,8	221,7	3,1	-0,8	226,8
30-49 år	3,6	297,1	14,5	1,6	316,8
50-64 år	6,4	352,6	15,8	36,1	410,9
65-74 år	3,0	141,3	8,6	52,4	205,3
75+ år	0,7	37,3	2,7	35,8	76,5
I alt pr. 1.000 kvinder	0,3	21,2	0,9	2,5	24,9
I alt for kvinder	16,5	1.050,1	44,6	125,0	1.236,2

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.9 Alkoholrelateret sygelighed og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 9.070,6 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med alkoholrelateret sygelighed i forhold til personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 9.9.1).

Ekstra omkostninger i produktionstab grundet tidlig død udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner. Ekstra omkostninger til langvarigt sygefravær udgør kun en lille del af de samlede ekstra omkostninger.

**Tabel 9.9.1** Alkoholrelateret sygelighed. Ekstra produktionstab blandt personer med alkoholrelateret sygelighed opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	538,1	3.809,8	4.722,7	9.070,6
<b>Mænd</b>				
16-29 år	25,2	161,4	212,7	399,3
30-49 år	215,5	1.512,0	1.488,0	3.215,5
50-64 år	192,1	1.205,8	2.075,2	3.473,1
I alt pr. 1.000 mænd	4,5	31,9	40,0	76,0
I alt for mænd	422,9	2.970,7	3.775,9	7.169,5
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	9,3	40,4	41,1	90,8
30-49 år	57,8	395,6	333,4	786,8
50-64 år	53,7	359,7	572,2	985,6
I alt pr. 1.000 kvinder	2,3	17,0	19,1	38,4
I alt for kvinder	115,2	839,1	946,8	1.901,1

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)t og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med alkoholrelateret sygelighed sammenlignet med personer uden alkoholrelateret sygelighed, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 9.10 Referencer

1. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet* (London, England). 2019;394(10200):781-92.
2. Reilly MT, Noronha A, Goldman D, Koob GF. Genetic studies of alcohol dependence in the context of the addiction cycle. *Neuropharmacology*. 2017;122:3-21.
3. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine*. 2015;45(5):1061-72.
4. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet* (London, England). 2016;387(10022):988-98.
5. Hassan AN. Patients With Alcohol Use Disorder Co-Occurring With Depression and Anxiety Symptoms: Diagnostic and Treatment Initiation Recommendations. *The Journal of clinical psychiatry*. 2018;79(1).





# 10

## Depression



# 10. Depression

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med depression i forhold til personer uden depression, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med depression i forhold til personer uden depression.

I Danmark er der årligt 23.197 nye sygdomstilfælde af depression, og 587.930 personer lever med depression i perioden 2017-2018.

Blandt personer med depression, i forhold til personer uden depression, er der årligt:

- 6.700 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 16 år eller derover. Det svarer til 12,5 % af alle dødsfald.
- 11.392 ekstra antal planlagte og 79.400 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 3,7 % og 9,1 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 6.353 ekstra antal planlagte og 22.062 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser svarende til henholdsvis 57,6 % og 56,5 % af alle planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser.
- 198.777 ekstra antal planlagte og 57.821 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 2,1 % og 6,4 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 639.480 ekstra antal planlagte og 30.943 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 58,5 % og 51,8 % af alle planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter.
- 3.279.326 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 6,9 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 298.850 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svarende til 44,9 % af alle kontakter til psykolog og psykiater.
- 3.123.953 ekstra sygedage svarende til 14,4 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 3.909 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 35,9 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 9.727,6 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 25.677,7 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde, dødelighed og personer med nytilkendt førtidspension ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte somatiske ambulante kontakter, planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Depression er en af de mest almindelige psykiske lidelser (1). En depression gradueres som let, moderat eller svær afhængigt af sværhedsgraden af de depressive symptomer, heriblandt vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi, skyldfølelse og lavt selvværd (2).

Depression debuterer ofte i 20-30-årsalderen, men kan opstå hele livet. Depression kan forekomme som en enkelt sygdomsperiode, som tilbagevendende sygdomsepisoder eller som en kronisk tilstand (1). Personer, der tidligere har haft en depression, er i øget risiko for at få endnu en depression senere i livet. Herudover bliver flere kvinder end mænd diagnosticeret med depression (1).

Udviklingen af depression skyldes et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer (1). Eksempelvis kan stressende begivenheder, såsom skilsmisse, alvorlig sygdom og arbejdsløshed være medvirkende årsager til at udløse en depression (2). Desuden er der en sammenhæng mellem en række somatiske sygdomme og depression. Eksempelvis kan forskellige hjertekarsygdomme medvirke til udvikling af depression og omvendt (3, 4). Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 10.1 Forekomst af depression

Der er årligt i 23.197 nye sygdomstilfælde af depression i perioden 2017-2018. Heraf er 10.207 mænd og 12.990 kvinder, svarende til en rate på 434,6 pr. 100.000 personår blandt mænd og 540,5 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 10.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af depression viser, at der årligt 587.930 personer, som lever med depression i Danmark. Heraf er 215.836 mænd og 372.094 kvinder, svarende til 9.220,0 pr. 100.000 mænd og 15.530,9 pr. 100.000 kvinder (Tabel 10.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af depression højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

**Tabel 10.1.1** Depression. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	23.197	488,1	587.930	12.412,0
I alt 30+ år	17.352	469,4	520.122	14.116,4
<b>Mænd</b>				
16-29 år	2.325	431,1	22.585	4.199,3
30-49 år	2.609	357,1	71.812	9.811,4
50-64 år	2.013	355,3	64.506	11.435,3
65-74 år	1.368	435,5	32.172	10.255,7
75+ år	1.892	954,8	24.761	12.802,6
I alt for mænd	10.207	434,6	215.836	9.220,0
I alt for mænd 30+ år	7.882	435,6	193.251	10.717,6
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	3.520	681,9	45.223	8.790,9
30-49 år	3.220	448,7	119.684	16.643,7
50-64 år	2.071	365,8	99.822	17.705,5
65-74 år	1.349	405,1	51.354	15.446,5
75+ år	2.831	1.046,4	56.012	21.052,4
I alt for kvinder	12.990	540,5	372.094	15.530,9
I alt for kvinder 30+ år	9.470	501,8	326.871	17.373,8

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.529 og 1.370 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af depression i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 19,4 % og 14,5 % færre nye sygdomstilfælde af depression blandt mænd og kvinder.

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af depression er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 44.232 og 82.697 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af depression i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 22,9 % og 25,3 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 10.1.2** Depression. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		
I alt	17.352	467,1	2.900	16,7	520.122	14.068,0	126.928	24,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.342	558,7	818	34,9	59.562	15.375,3	27.409	46,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	3.350	442,6	711	21,2	84.434	10.608,9	16.822	19,9
Videregående	1.663	353,6	ref.	ref.	42.218	8.505,5	ref.	ref.
Uoplyst	527	654,8			7.037	9.879,9		
I alt for mænd	7.882	448,1	1.529	19,4	193.251	10.747,6	44.232	22,9
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	3.162	579,7	799	25,3	108.156	25.582,6	54.600	50,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	3.288	490,0	571	17,4	121.898	17.864,1	28.097	23,0
Videregående	2.433	407,4	ref.	ref.	87.834	13.800,6	ref.	ref.
Uoplyst	587	803,8			8.984	14.568,7		
I alt for kvinder	9.470	486,6	1.370	14,5	326.871	17.220,9	82.697	25,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemedicinalstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.  
Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 10.2 Depression og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 3.139 og 3.561 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med depression i alderen 16 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.2.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 per-

soner), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 11,6 % og 13,4 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder, der er 16 år eller derover.

**Tabel 10.2.1** Depression. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt	6.700	11,0	12,5
I alt 30+ år	6.670	12,4	12,5
<b>Mænd</b>			
16-29 år	22	0,9	10,6
30-49 år	169	2,3	18,4
50-64 år	477	7,2	12,4
65-74 år	744	22,2	11,2
75+ år	1.728	64,8	11,3
I alt for mænd	3.139	13,9	11,6
I alt for mænd 30+ år	3.117	15,5	11,7
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	8	0,2	9,6
30-49 år	104	0,8	18,8
50-64 år	303	3,0	12,3
65-74 år	714	13,5	15,6
75+ år	2.432	41,3	12,9
I alt for kvinder	3.561	9,2	13,4
I alt for kvinder 30+ år	3.553	10,6	13,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal

dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 271 og 1.224 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med depression, hvis dødeligheden blandt personer med depression var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,7 % og 34,5 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 10.2.2** Depression. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med depression og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	6.670	11,5	1.495	22,4
<b>Mænd</b>				
Grundskole	1.121	14,8	167	14,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.314	13,7	104	7,9
Videregående	574	12,6	ref.	ref.
Uoplyst	108	12,9		
I alt for mænd	3.117	13,8	271	8,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	1.807	13,5	1.024	56,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.040	7,2	200	19,3
Videregående	563	5,8	ref.	ref.
Uoplyst	143	13,4		
I alt for kvinder	3.553	9,2	1.224	34,5

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### 10.3 Depression og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 11.392 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 2,8 % og 4,6 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 79.400 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 8,4 % og 9,7 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte psykiatriske indlæggelser**

Der er årligt 6.353 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 32,4 % og 52,6 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser.

#### **Akutte psykiatriske indlæggelser**

Der er årligt 22.062 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 46,4 % og 66,6 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 10.3.1** Depression. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	11.392	18,6	3,7	79.400	129,9	9,1
I alt 30+ år	10.365	19,3	3,8	73.540	136,8	9,5
<b>Mænd</b>						
16-29 år	233	9,4	2,4	1.357	54,5	4,6
30-49 år	1.210	16,3	5,9	6.825	91,7	11,7
50-64 år	1.781	26,8	4,4	10.739	161,4	11,2
65-74 år	815	24,3	2,0	8.333	248,4	8,2
75+ år	-154	-5,8	-0,5	7.275	273,0	5,8
I alt for mænd	3.886	17,2	2,8	34.529	152,8	8,4
I alt for mænd 30+ år	3.653	18,2	2,8	33.172	164,9	8,7
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	794	16,3	3,9	4.503	92,4	6,3
30-49 år	2.565	20,9	6,4	9.175	74,7	10,2
50-64 år	2.646	26,0	6,7	10.882	106,8	14,4
65-74 år	1.680	31,9	4,8	10.482	198,9	12,9
75+ år	-179	-3,0	-0,6	9.831	167,1	6,8
I alt for kvinder	7.507	19,5	4,6	44.872	116,5	9,7
I alt for kvinder 30+ år	6.712	20,0	4,6	40.369	120,0	10,3
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	6.353	10,4	57,6	22.062	36,1	56,5
I alt 30+ år	4.867	9,1	60,3	15.782	29,4	59,1
<b>Mænd</b>						
16-29 år	320	29,2	25,7	1.823	73,2	34,6
30-49 år	594	30,0	27,5	3.727	50,1	46,7
50-64 år	490	31,7	37,7	2.427	36,5	53,2
65-74 år	182	27,2	44,2	760	22,7	61,9
75+ år	150	24,7	60,7	360	13,5	60,8
I alt for mænd	1.736	29,4	32,4	9.097	40,2	46,4
I alt for mænd 30+ år	1.416	29,5	34,4	7.275	36,2	50,7
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	857	36,8	50,0	4.458	91,5	62,7
30-49 år	820	22,0	47,7	4.267	34,7	70,6
50-64 år	525	23,0	49,1	2.366	23,2	63,1
65-74 år	376	37,9	64,0	1.080	20,5	73,4
75+ år	406	27,1	70,2	794	13,5	72,4
I alt for kvinder	2.984	27,6	52,6	12.965	33,7	66,6
I alt for kvinder 30+ år	2.127	25,0	53,8	8.507	25,3	68,8

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### **Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med depression, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 37 flere og 504 færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,0 % flere og 7,5 % færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med depression er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 4.420 og 9.514 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med depression var det samme

som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,3 % og 23,6 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med depression, idet det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 30 færre og 63 flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,5 % færre og 2,2 % flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.606 og 897 færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 22,1 % og 10,5 % akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 10.3.2** Depression. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med depression og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser					Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)	
<b>Somatiske indlæggelser</b>									
I alt	10.365	16,8	-467	-4,5	73.540	125,8	13.934	18,9	
<b>Mænd</b>									
Grundskole	1.060	14,0	-147	-13,9	11.240	148,3	1.663	14,8	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.716	17,8	185	10,8	14.909	155,0	2.756	18,5	
Videregående	727	15,9	ref.	ref.	5.767	126,3	ref.	ref.	
Uoplyst	150	17,9			1.255	150,3			
I alt for mænd	3.653	16,2	37	1,0	33.172	146,8	4.420	13,3	
<b>Kvinder</b>									
Grundskole	1.787	13,3	-748	-41,8	16.732	124,7	5.993	35,8	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.960	20,6	244	8,2	15.024	104,5	3.520	23,4	
Videregående	1.822	18,9	ref.	ref.	7.718	80,0	ref.	ref.	
Uoplyst	142	13,3			894	83,7			
I alt for kvinder	6.712	17,4	-504	-7,5	40.369	104,8	9.514	23,6	
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>									
I alt	4.867	8,2	-34	-0,7	15.782	27,1	2.503	15,9	
<b>Mænd</b>									
Grundskole	740	9,8	76	10,3	2.940	38,8	1.128	38,4	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	796	8,3	-46	-5,8	2.777	28,9	478	17,2	
Videregående	400	8,8	ref.	ref.	1.091	23,9	ref.	ref.	
Uoplyst	100	12,0			466	55,8			
I alt for mænd	2.036	9,0	30	1,5	7.275	32,2	1.606	22,1	
<b>Kvinder</b>									
Grundskole	1.024	7,6	18	1,7	3.340	24,9	702	21,0	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	997	6,9	-81	-8,1	3.022	21,0	195	6,5	
Videregående	723	7,5	ref.	ref.	1.897	19,7	ref.	ref.	
Uoplyst	88	8,2			248	23,2			
I alt for kvinder	2.831	7,4	-63	-2,2	8.507	22,1	897	10,5	

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.4 Depression og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 198.777 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 1,5 % og 2,5 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 57.821 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 75+ år og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 4,9 % og 7,8 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de planlagte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 639.480 ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 49,6 % og 64,2 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 30.943 ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 44,1 % og 59,8 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

**Tabel 10.4.1** Depression. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	198.777	325,3	2,1	57.821	94,6	6,4
I alt 30+ år	173.948	323,6	2,1	49.906	92,9	7,3
<b>Mænd</b>						
16-29 år	5.434	218,1	1,7	1.141	45,8	1,0
30-49 år	30.739	413,0	4,3	6.096	81,9	5,1
50-64 år	27.148	408,1	2,5	6.665	100,2	7,3
65-74 år	7.999	238,5	0,8	4.341	129,4	7,2
75+ år	-14.456	-542,4	-2,0	3.837	144,0	6,0
I alt for mænd	56.864	251,6	1,5	22.081	97,7	4,9
I alt for mænd 30+ år	51.430	255,7	1,4	20.939	104,1	6,2
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	19.394	397,9	2,3	6.774	139,0	6,0
30-49 år	66.248	539,0	4,5	9.549	77,7	8,3
50-64 år	50.978	500,3	3,5	7.674	75,3	8,8
65-74 år	21.759	412,9	2,1	5.739	108,9	9,8
75+ år	-16.468	-279,9	-2,0	6.004	102,0	7,1
I alt for kvinder	141.913	368,5	2,5	35.740	92,8	7,8
I alt for kvinder 30+ år	122.518	364,3	2,6	28.966	86,1	8,4
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	639.480	1.046,4	58,5	30.943	50,6	51,8
I alt 30+ år	421.698	784,6	63,9	22.341	41,6	57,1
<b>Mænd</b>						
16-29 år	61.438	2.466,4	40,9	2.764	110,9	30,6
30-49 år	91.273	1.226,5	53,2	5.494	73,8	46,6
50-64 år	42.066	632,4	54,5	3.585	53,9	51,4
65-74 år	10.201	304,2	58,4	1.007	30,0	59,8
75+ år	6.976	261,7	61,9	489	18,3	65,1
I alt for mænd	211.954	937,7	49,6	13.339	59,0	44,1
I alt for mænd 30+ år	150.516	748,4	54,3	10.575	52,6	49,9
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	156.343	3.207,5	55,2	5.839	119,8	50,7
30-49 år	169.289	1.377,4	71,6	5.818	47,3	64,7
50-64 år	64.126	629,4	68,5	3.532	34,7	63,2
65-74 år	18.496	351,0	72,4	1.468	27,9	72,3
75+ år	19.270	327,5	71,4	947	16,1	71,4
I alt for kvinder	427.526	1.110,2	64,2	17.605	45,7	59,8
I alt for kvinder 30+ år	271.182	806,3	70,9	11.766	35,0	65,6

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 20.232 og 34.658 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression, hvis kontaktmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 39,3 % og 28,3 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.692 og 3.274 færre akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression, hvis kontaktmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,1 % og 11,3 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 6.581 og 40.577 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression, hvis kontaktmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,4 % og 15,0 % flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 1.206 færre og 51 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression, hvis kontaktmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,4 færre % og 0,4 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 10.4.2** Depression. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med depression og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	173.948	272,8	-54.890	-31,6	49.906	83,9	4.966	10,0
<b>Mænd</b>								
Grundskole	8.793	116,0	-15.320	-174,2	6.606	87,1	285	4,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	25.687	267,0	-4.912	-19,1	9.428	98,0	1.407	14,9
Videregående	14.521	318,0	ref.	ref.	3.806	83,4	ref.	ref.
Uoplyst	2.429	290,8			1.099	131,6		
I alt for mænd	51.430	227,5	-20.232	-39,3	20.939	92,6	1.692	8,1
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	22.153	165,1	-32.865	-148,4	11.035	82,2	2.190	19,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	57.148	397,5	-1.793	-3,1	10.560	73,5	1.084	10,3
Videregående	39.545	410,0	ref.	ref.	6.358	65,9	ref.	ref.
Uoplyst	3.672	343,6			1.014	94,9		
I alt for kvinder	122.518	318,2	-34.658	-28,3	28.966	75,2	3.274	11,3
<b>Psykiatriske kontakter</b>								
I alt	421.698	685,1	-47.158	-11,2	22.341	38,7	1.156	5,2
<b>Mænd</b>								
Grundskole	46.843	617,8	-4.517	-9,6	3.837	50,6	801	20,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	63.111	656,0	-2.064	-3,3	4.258	44,3	405	9,5
Videregående	30.929	677,4	ref.	ref.	1.828	40,0	ref.	ref.
Uoplyst	9.634	1.153,2			651	77,9		
I alt for mænd	150.516	665,9	-6.581	-4,4	10.575	46,8	1.206	11,4
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	77.735	579,3	-30.565	-39,3	4.086	30,4	-6	-0,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	106.010	737,4	-10.012	-9,4	4.340	30,2	-44	-1,0
Videregående	77.842	807,1	ref.	ref.	2.941	30,5	ref.	ref.
Uoplyst	9.596	898,1			399	37,3		
I alt for kvinder	271.182	704,2	-40.577	-15,0	11.766	30,6	-51	-0,4

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.5 Depression og praksissektor

Der er årligt 3.279.326 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment prak-

tiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 6,1 % og 7,4 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 10.5.1** Depression. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	3.279.326	5.366,1	6,9
I alt 30+ år	2.984.997	5.553,8	7,4
<b>Mænd</b>			
16-29 år	84.500	3.392,2	4,3
30-49 år	349.148	4.691,6	9,7
50-64 år	360.285	5.416,3	7,7
65-74 år	191.588	5.712,4	4,5
75+ år	140.223	5.261,2	3,7
I alt for mænd	1.125.745	4.980,3	6,1
I alt for mænd 30+ år	1.041.244	5.177,0	6,4
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	209.829	4.304,8	4,2
30-49 år	662.830	5.393,1	9,2
50-64 år	619.732	6.082,2	9,9
65-74 år	342.631	6.501,2	6,9
75+ år	318.559	5.414,1	5,6
I alt for kvinder	2.153.581	5.592,6	7,4
I alt for kvinder 30+ år	1.943.753	5.779,2	8,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.5.2). Der ses social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd med depression, hvor det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed, hvor det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være 38.893 flere og 29.810 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med depression, hvis kontaktmønsteret blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 3,7 % flere og 1,5 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 10.5.2** Depression. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med depression og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	2.984.997	4.827,1	-9.083	-0,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	319.953	4.220,0	-38.984	-12,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	455.575	4.735,2	91	0,0
Videregående	216.153	4.734,2	ref.	ref.
Uoplyst	49.564	5.933,0		
I alt for mænd	1.041.244	4.606,5	-38.893	-3,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	671.471	5.003,9	8.463	1,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	731.629	5.089,4	21.346	2,9
Videregående	476.547	4.940,9	ref.	ref.
Uoplyst	64.105	5.999,5		
I alt for kvinder	1.943.753	5.047,7	29.810	1,5

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### Kontakter til psykolog og psykiater

Der er årligt 298.850 ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater pr. 1.000 personer), er det ekstra antal

kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år.

Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 45,0 % og 44,9 % af alle kontakter til psykolog og psykiater.

**Tabel 10.5.3** Depression. Ekstra antal kontakter til psykolog eller psykiater, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle kontakter til psykolog eller psykiater opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	298.850	489,0	44,9
I alt 30+ år	245.576	456,9	51,5
<b>Mænd</b>			
16-29 år	17.599	706,5	25,9
30-49 år	41.174	553,3	47,4
50-64 år	28.404	427,0	60,3
65-74 år	8.549	254,9	66,0
75+ år	2.684	100,7	68,4
I alt for mænd	98.409	435,4	45,0
I alt for mænd 30+ år	80.811	401,8	53,6
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	35.676	731,9	29,7
30-49 år	85.655	696,9	46,8
50-64 år	55.198	541,7	53,0
65-74 år	17.274	327,8	60,0
75+ år	6.638	112,8	65,5
I alt for kvinder	200.441	520,5	44,9
I alt for kvinder 30+ år	164.765	489,9	50,5

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.6 Depression og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 3.123.953 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 13,3 % og 15,2 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 10.6.1** Depression. Ekstra antal sygedage blandt personer med depression, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	3.123.953	8.810,8	14,4
I alt 30+ år	2.741.379	9.690,8	14,5
<b>Mænd</b>			
16-29 år	137.451	5.736,7	11,0
30-49 år	622.610	9.763,5	16,1
50-64 år	440.662	9.817,7	11,3
I alt for mænd	1.200.723	9.054,3	13,3
I alt for mænd 30+ år	1.063.272	9.785,9	13,73
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	245.123	5.137,4	16,5
30-49 år	1.034.073	9.564,5	16,6
50-64 år	644.034	9.741,0	13,0
I alt for kvinder	1.923.230	8.665,3	15,2
I alt for kvinder 30+ år	1.678.107	9.631,4	15,0

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.7 Depression og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 1.699 og 2.210 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med depression sammenlignet med mænd og kvinder uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med depression højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med depression udgør henholdsvis 32,1 % og 39,4 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 10.7.1** Depression. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af depression, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med depression og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	3.909	11,0	35,9
I alt 30+ år	3.744	13,2	39,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	88	3,7	11,0
30-49 år	683	10,7	43,6
50-64 år	925	20,6	31,5
I alt	1.699	12,8	32,1
I alt for mænd 30-64 år	1.609	14,8	35,8
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	73	1,5	13,9
30-49 år	929	8,6	50,0
50-64 år	1.202	18,2	37,3
I alt	2.210	10,0	39,4
I alt for kvinder 30-64 år	2.135	12,3	42,1

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med depression ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 10.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med depression er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med

nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 594 og 713 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med depression var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 36,9 % og 33,4 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med depression i alderen 30-64 år.

**Tabel 10.7.2** Depression. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med depression og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	3.744	13,5	1.307	34,9
<b>Mænd</b>				
Grundskole	543	19,8	309	56,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	707	14,3	286	40,4
Videregående	234	8,5	ref.	ref.
Uoplyst	124	27,7		
I alt for mænd	1.609	14,8	594	36,9
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	658	19,1	389	59,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	891	12,3	324	36,4
Videregående	487	7,8	ref.	ref.
Uoplyst	97	18,9		
I alt for kvinder	2.135	12,3	713	33,4

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.8 Depression og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 9.727,6 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med depression i forhold til personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.8.1).

Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp, medicin og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til psykolog og psykiater udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 10.8.1** Depression. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med depression opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Psykolog/ psykiater	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	324,7	369,3	6.663,6	862,7	1.507,3	9.727,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	9,7	22,4	444,7	25,6	1,3	503,7
30-49 år	36,0	50,5	858,5	102,9	29,7	1.077,6
50-64 år	36,0	33,9	711,1	103,2	136,7	1.020,9
65-74 år	18,7	10,3	368,5	66,3	204,4	668,2
75+ år	14,5	3,2	182,1	37,8	287,8	525,4
I alt pr. 1.000 mænd	0,5	0,5	11,3	1,5	2,9	16,7
I alt for mænd	114,8	120,3	2.564,9	335,9	660,0	3.795,9
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	22,4	46,8	1.179,8	39,6	-0,6	1.288,0
30-49 år	66,8	105,6	1.235,9	144,7	25,3	1.578,3
50-64 år	59,5	67,6	810,7	159,7	131,4	1.228,9
65-74 år	30,9	21,2	537,7	102,2	245,6	937,6
75+ år	30,3	7,8	334,6	80,6	445,6	898,9
I alt pr. 1.000 kvinder	0,5	0,6	10,6	1,4	2,2	15,3
I alt for kvinder	209,9	249,1	4.098,7	526,8	847,2	5.931,7

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Æltdokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.9 Depression og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 25.677,7 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med depression i forhold til personer uden depression, der

har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 10.9.1). Ekstra omkostninger i produktionstab grundet nytilkendte førtidspensioner udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger grundet tidlig død og langvarigt sygefravær.

**Tabel 10.9.1** Depression. Ekstra produktionstab blandt personer med depression opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	4.566,0	17.447,6	3.664,1	25.677,7
<b>Mænd</b>				
16-29 år	143,6	807,3	202,1	1.153,0
30-49 år	1.106,6	4.909,9	1.211,2	7.227,7
50-64 år	740,1	2.673,5	1.092,0	4.505,6
I alt pr. 1.000 mænd	8,7	37,7	11,1	57,5
I alt for mænd	1.976,9	8.512,5	2.505,3	12.994,7
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	221,9	558,8	57,8	838,5
30-49 år	1.493,8	5.304,1	609,4	7.407,3
50-64 år	888,3	2.932,1	491,5	4.311,9
I alt pr. 1.000 kvinder	6,7	23,2	3,0	32,9
I alt for kvinder	2.589,1	8.935,1	1.158,8	12.683,0

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfre-kvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 10.10 Referencer

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet (London, England). 2018;392(10161):2299-312.
2. World Health Organization. Depression 2021 [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. Nature reviews Cardiology. 2017;14(3):145-55.
4. Bica T, Castelló R, Toussaint LL, Montesó-Curto P. Depression as a Risk Factor of Organic Diseases: An International Integrative Review. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. 2017;49(4):389-99.



**11**

**Angst**



# 11. Angst

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med angst i forhold til personer uden angst, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med angst i forhold til personer uden angst.

I Danmark er der årligt 11.247 nye sygdomstilfælde af angst, og 189.717 personer lever med angst i perioden 2017-2018.

Blandt personer med angst, i forhold til personer uden angst, er der årligt:

- 1.643 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 3,1 % af alle dødsfald.
- 3.431 ekstra antal planlagte og 28.470 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 1,1 % og 3,3 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 3.012 ekstra antal planlagte og 10.544 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser svarende til henholdsvis 27,3 % og 27,0 % af alle planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser.
- 48.825 ekstra antal planlagte og 20.502 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 0,5 % og 2,3 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 302.123 ekstra antal planlagte og 15.428 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 27,6 % og 25,9 % af alle planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter.
- 1.190.006 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 2,5 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 132.884 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svarende til 20,0 % af alle kontakter til psykolog og psykiater.
- 881.597 ekstra sygedage svarende til 4,1 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 1.505 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 13,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 3.665,2 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 10.294,8 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde, dødelighed og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte somatiske og psykiatriske ambulante kontakter og lægekontakter ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Angst er en udbredt psykisk lidelse, der kan være invaliderende. Angst er en normal reaktion på oplevelsen af fare, men når angst bliver til en psykisk lidelse, er angstreaktionen ude af proportion med den reelle fare og bliver belastende i sådan en grad, at det påvirker funktionsevnen og livskvaliteten (1, 2). Symptomerne på angst omfatter således en overdreven og vedvarende følelse af frygt, undgåelsesadfærd (for eksempel sociale situationer), panikanfald samt fysiske symptomer i form af hjertebanken, åndenød, svimmelhed og trykken for brystet (2, 3).

Angst er en af de hyppigst forekommende psykiske lidelser blandt både børn, unge og voksne i Danmark (2). De mest udbredte former for angst er socialfobi, panikangst og generaliseret angst (2). Angstlidelser er desuden mere udbredt hos kvinder end blandt mænd (1). De specifikke årsager til udviklingen af angst kendes ikke, men udviklingen skyldes formentlig en kombination af medfødt sårbarhed og forskellige stressfaktorer, som eksempelvis traumatiske begivenheder i barndommen eller senere i livet (1). Angst forekommer ofte sammen med andre både fysiske og psykiske sygdomme, eksempelvis

optræder angst ofte i forbindelse med depression eller rammer personer med svær fysisk sygdom (1). Angst defineres i denne rapport som en række nervøse og stress-relaterede tilstande, som ikke er psykotiske. Heri inkluderes fobiske angsttilstande, såsom agorafobi (angst for åbne pladser og/eller steder hvor mange mennesker er til stede), socialfobi (angst for sociale situationer) og enkelfobi (blandt andre klaustrofobi eller højdeskræk), andre angsttilstande, såsom panikangst (pludselige angstanfald) og generaliseret angst (konstant angst der ikke er specifik), obsessiv kompulsiv tilstand, OCD (tvangstanker og -handlinger), tilpasnings- og stressreaktioner (såsom posttraumatisk stress) samt dissociative tilstande (såsom hukommelsestab af bl.a. traumatiske hændelser). Grundet tidlig debutalder for flertallet af personer med angst, kan den sociale ulighed i byrdemålene være påvirket af, at personer, der debuterer med angst i en tidlig alder, i mindre grad påbegynder eller fuldfører en uddannelse senere i livet, end det er tilfældet blandt personer uden angst. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 11.1 Forekomst af angst

Der er årligt 11.247 nye sygdomstilfælde af angst i perioden 2017-2018. Heraf er 4.204 mænd og 7.043 kvinder, svarende til en rate på 179,0 pr. 100.000 personår blandt mænd og 293,0 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 11.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af angst viser, at der årligt er 189.717, som personer lever med angst i Danmark. Heraf er 66.016 mænd og 123.701 kvinder, svarende til 2.820,1 pr. 100.000 mænd og 5.163,2 pr. 100.000 kvinder (Tabel 11.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af angst højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

**Tabel 11.1.1** Angst. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	11.247	236,7	189.717	4.005,2
I alt 30+ år	8.034	217,3	163.362	4.433,7
<b>Mænd</b>				
16-29 år	1.200	222,4	9.485	1.763,6
30-49 år	1.350	184,8	24.928	3.405,8
50-64 år	841	148,4	18.524	3.283,8
65-74 år	435	138,3	8.214	2.618,3
75+ år	380	191,5	4.866	2.516,0
I alt for mænd	4.204	179,0	66.016	2.820,1
I alt for mænd 30+ år	3.005	166,1	56.531	3.135,2
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	2.014	390,0	16.870	3.279,4
30-49 år	2.068	288,1	42.312	5.884,1
50-64 år	1.243	219,6	33.075	5.866,4
65-74 år	802	240,7	16.808	5.055,6
75+ år	917	339,0	14.636	5.501,1
I alt for kvinder	7.043	293,0	123.701	5.163,2
I alt for kvinder 30+ år	5.029	266,5	106.831	5.678,2

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af angst er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 697 og 1.216 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af angst i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 23,2 % og 24,2 % færre nye sygdomstilfælde af angst blandt mænd og kvinder.

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste ekstra antal eksisterende sygdomstilfælde i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af angst er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 14.628 og 34.903 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af angst i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 25,9 % og 32,7 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.1.2** Angst. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		
I alt	8.034	217,2	1.913	23,8	163.362	4.424,1	49.531	30,3
<b>Mænd</b>								
Grundskole	932	244,9	464	49,8	18.571	5.006,6	10.410	56,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.229	157,9	233	19,0	23.434	2.924,8	4.218	18,0
Videregående	657	128,7	ref.	ref.	12.413	2.397,4	ref.	ref.
Uoplyst	187	212,3			2.114	2.750,1		
I alt for mænd	3.005	166,8	697	23,2	56.531	3.114,8	14.628	25,9
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	1.649	391,3	838	50,8	36.584	9.483,5	24.239	66,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.783	264,9	377	21,2	39.650	5.795,2	10.664	26,9
Videregående	1.364	210,3	ref.	ref.	27.867	4.252,9	ref.	ref.
Uoplyst	234	319,8			2.730	4.514,3		
I alt for kvinder	5.029	264,6	1.216	24,2	106.831	5.670,8	34.903	32,7

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.  
Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 11.2 Angst og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 668 og 963 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med angst i alderen 16 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 per-

soner), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 2,5 % og 3,6 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.2.1** Angst. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt	1.643	8,2	3,1
I alt 30+ år	1.630	9,5	3,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	7	0,7	3,6
30-49 år	78	3,0	8,5
50-64 år	152	7,8	3,9
65-74 år	160	18,5	2,4
75+ år	278	53,0	1,8
I alt for mænd	675	9,6	2,5
I alt for mænd 30+ år	668	11,2	2,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	5	0,3	6,2
30-49 år	47	1,1	8,5
50-64 år	162	4,7	6,6
65-74 år	223	12,7	4,9
75+ år	531	34,1	2,8
I alt for kvinder	968	7,4	3,6
I alt for kvinder 30+ år	963	8,6	3,6

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.2.2). Der ses social ulighed i dødelighed blandt kvinder med angst, hvor det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannel-

se og videregående uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 40 og 266 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med angst, hvis dødeligheden blandt personer med angst var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,0 % og 27,6 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

**Tablet 11.2.2** Angst. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med angst og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	1.630	8,4	306	18,8
<b>Mænd</b>				
Grundskole	251	9,7	20	8,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	268	9,6	20	7,6
Videregående	124	8,9	ref.	ref.
Uoplyst	24	9,3		
I alt for mænd	668	9,5	40	6,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	486	10,2	241	49,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	271	5,7	25	9,3
Videregående	162	5,1	ref.	ref.
Uoplyst	44	12,9		
I alt for kvinder	963	7,4	266	27,6

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **11.3 Angst og planlagte og akutte indlæggelser**

#### ***Planlagte somatiske indlæggelser***

Der er årligt 3.431 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med angst sammenlignet med personer uden et angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med angst højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 0,6 % og 1,5 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### ***Akutte somatiske indlæggelser***

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 28.470 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med angst højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 2,7 % og 3,7 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### ***Planlagte psykiatriske indlæggelser***

Der er årligt 3.012 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 21,3 % og 33,0 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser.

#### ***Akutte psykiatriske indlæggelser***

Der er årligt 10.544 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med angst højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 21,9 % og 32,1 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 11.3.1** Angst. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	3.431	17,1	1,1	28.470	141,7	3,3
I alt 30+ år	3.211	18,7	1,2	26.353	153,8	3,4
<b>Mænd</b>						
16-29 år	61	5,7	0,6	655	61,3	2,2
30-49 år	366	13,9	1,8	3.127	119,0	5,4
50-64 år	398	20,6	1,0	3.847	198,7	4,0
65-74 år	150	17,3	0,4	2.141	247,5	2,1
75+ år	-60	-11,5	-0,2	1.454	277,3	1,2
I alt for mænd	915	13,0	0,6	11.224	159,8	2,7
I alt for mænd 30+ år	853	14,3	0,6	10.569	177,5	2,8
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	159	8,4	0,8	1.462	77,4	2,0
30-49 år	833	18,8	2,1	3.887	87,6	4,3
50-64 år	910	26,5	2,3	5.056	147,3	6,7
65-74 år	482	27,4	1,4	3.905	221,7	4,8
75+ år	132	8,5	0,4	2.937	188,8	2,0
I alt for kvinder	2.517	19,2	1,5	17.246	131,9	3,7
I alt for kvinder 30+ år	2.357	21,1	1,6	15.784	141,1	4,0
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	3.012	15,0	27,3	10.544	52,5	27,0
I alt 30+ år	2.303	13,4	28,5	7.964	46,5	29,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	221	20,7	17,8	777	72,7	14,8
30-49 år	457	17,4	21,2	2.071	78,8	26,0
50-64 år	313	16,2	24,1	1.135	58,6	24,9
65-74 år	101	11,7	24,7	242	28,0	19,7
75+ år	46	8,8	18,5	68	13,0	11,5
I alt for mænd	1.139	16,2	21,3	4.294	61,2	21,9
I alt for mænd 30+ år	918	15,4	22,3	3.517	59,1	24,5
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	488	25,8	28,5	1.804	95,5	25,4
30-49 år	610	13,7	35,5	2.407	54,2	39,8
50-64 år	404	11,8	37,8	1.324	38,6	35,3
65-74 år	191	10,8	32,5	446	25,3	30,3
75+ år	180	11,6	31,1	271	17,4	24,7
I alt for kvinder	1.873	14,3	33,0	6.250	47,8	32,1
I alt for kvinder 30+ år	1.385	12,4	35,0	4.447	39,8	36,0

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### **Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Der ville årligt være henholdsvis 281 og 136 flere ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 32,9 % og 5,8 % flere ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.3.2). Der ses social ulighed blandt mænd, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med angst er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.466 og 3.456 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,9 % og 21,9 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.3.2). Der ses ikke social ulighed i planlagte psykiatriske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med angst. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 24 og 65 færre planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,6 % og 4,7 % færre planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 977 og 580 færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 27,8 og 13,0 flere akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 11.3.2** Angst. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med angst og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	3.211	15,1	-418	-13,0	26.353	135,6	4.922	18,7
<b>Mænd</b>								
Grundskole	252	9,7	-173	-68,7	3.972	153,4	677	17,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	348	12,5	-108	-31,1	4.327	155,6	789	18,2
Videregående	227	16,4	ref.	ref.	1.764	127,2	ref.	ref.
Uoplyst	26	9,9			505	191,1		
I alt for mænd	853	12,2	-281	-32,9	10.569	150,5	1.466	13,9
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	662	13,8	-252	-38,1	6.765	141,3	2.316	34,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.032	21,5	116	11,2	5.598	116,7	1.140	20,4
Videregående	602	19,1	ref.	ref.	2.928	92,9	ref.	ref.
Uoplyst	61	18,0			494	145,0		
I alt for kvinder	2.357	18,0	-136	-5,8	15.784	120,7	3.456	21,9
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>								
I alt	2.303	11,8	89	3,9	7.964	42,0	1.556	19,5
<b>Mænd</b>								
Grundskole	330	12,7	8	2,5	1.611	62,2	738	45,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	361	13,0	15	4,2	1.175	42,3	238	20,3
Videregående	172	12,4	ref.	ref.	467	33,7	ref.	ref.
Uoplyst	55	20,7			264	99,8		
I alt for mænd	918	13,1	24	2,6	3.517	50,1	977	27,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	483	10,1	-1	-0,3	1.858	38,8	441	23,7
Erhvervsfaglig/ gymnasial	552	11,5	67	12,1	1.558	32,5	139	8,9
Videregående	319	10,1	ref.	ref.	932	29,6	ref.	ref.
Uoplyst	30	8,8			99	29,0		
I alt for kvinder	1.385	10,6	65	4,7	4.447	34,0	580	13,0

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## **11.4 Angst og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter**

Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter  
Der er årligt 48.825 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 0,4 % og 0,6 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 20.502 ekstra antal akutte ambulante kontakter blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 1,6 % og 2,9 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter.

### ***Planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de planlagte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 302.123 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 23,7 % og 30,1 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 15.428 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 21,8 % og 30,0 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.4.1** Angst. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Somatiske kontakter	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
I alt	48.825	243,0	0,5	20.502	102,0	2,3
I alt 30+ år	43.120	251,6	0,5	17.941	104,7	2,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	1.883	176,3	0,6	261	24,4	0,2
30-49 år	8.857	337,0	1,2	2.499	95,1	2,1
50-64 år	3.078	159,0	0,3	2.465	127,3	2,7
65-74 år	1.449	167,6	0,1	1.233	142,5	2,0
75+ år	-1.343	-256,0	-0,2	617	117,6	1,0
I alt for mænd	13.925	198,3	0,4	7.073	100,7	1,6
I alt for mænd 30+ år	12.042	202,3	0,3	6.813	114,4	2,0
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	3.822	202,4	0,5	2.300	121,8	2,0
30-49 år	15.154	341,5	1,0	3.843	86,6	3,3
50-64 år	12.815	373,4	0,9	3.590	104,6	4,1
65-74 år	5.479	311,1	0,5	2.139	121,5	3,7
75+ år	-2.370	-152,4	-0,3	1.556	100,1	1,8
I alt for kvinder	34.899	266,9	0,6	13.429	102,7	2,9
I alt for kvinder 30+ år	31.078	277,8	0,6	11.129	99,5	3,2
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	302.123	1.503,4	27,6	15.428	76,8	25,9
I alt 30+ år	201.288	1.174,4	30,5	11.693	68,2	29,9
<b>Mænd</b>						
16-29 år	29.948	2.802,9	19,9	1.266	118,5	14,0
30-49 år	46.415	1.766,3	27,1	2.992	113,9	25,4
50-64 år	19.502	1.007,1	25,3	1.832	94,6	26,3
65-74 år	3.922	453,6	22,5	386	44,6	22,9
75+ år	1.768	337,0	15,7	120	22,9	16,0
I alt for mænd	101.555	1.446,2	23,7	6.596	93,9	21,8
I alt for mænd 30+ år	71.607	1.202,8	25,8	5.330	89,5	25,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	70.886	3.753,9	25,0	2.469	130,7	21,4
30-49 år	81.463	1.835,6	34,4	3.213	72,4	35,7
50-64 år	32.512	947,4	34,7	2.102	61,2	37,6
65-74 år	8.866	503,5	34,7	696	39,5	34,3
75+ år	6.841	439,9	25,4	353	22,7	26,7
I alt for kvinder	200.568	1.534,1	30,1	8.832	67,6	30,0
I alt for kvinder 30+ år	129.682	1.159,3	33,9	6.363	56,9	35,5

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med videregående uddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 12.115 og 15.758 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst, hvis kontaktmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 100,6 % og 50,7 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 48 og 548 færre akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst, hvis kontaktmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 0,7 % og 4,9 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1000 personer højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 85 og 22.135 flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst, hvis kontaktmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 0,1 % og 17,2 % flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstraantal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 976 færre og 63 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med angst, hvis kontaktmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 18,3 % færre akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og 1,0 % flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 11.4.2** Angst. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med angst og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	43.120	204,6	-27.873	-64,6	17.941	91,1	597	3,3
<b>Mænd</b>								
Grundskole	3.107	120,0	-6.033	-194,2	2.387	92,2	-29	-1,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	3.735	134,3	-6.082	-162,8	2.672	96,1	77	2,9
Videregående	4.893	352,9	ref.	ref.	1.293	93,3	ref.	ref.
Uoplyst	307	116,2			461	174,3		
I alt for mænd	12.042	171,5	-12.115	-100,6	6.813	97,0	48	0,7
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	3.446	72,0	-13.705	-397,7	4.276	89,3	467	10,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	15.131	315,5	-2.053	-13,6	3.899	81,3	82	2,1
Videregående	11.286	358,3	ref.	ref.	2.507	79,6	ref.	ref.
Uoplyst	1.215	356,6			447	131,1		
I alt for kvinder	31.078	237,7	-15.758	-50,7	11.129	85,1	548	4,9
<b>Psykiatriske kontakter</b>								
I alt	201.288	1.005,8	-22.220	-11,0	11.693	62,3	912	7,8
<b>Mænd</b>								
Grundskole	25.666	991,1	-300	-1,2	2.256	87,1	719	31,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	28.102	1.010,4	214	0,8	1.908	68,6	257	13,5
Videregående	13.902	1.002,7	ref.	ref.	823	59,4	ref.	ref.
Uoplyst	3.936	1.489,1			342	129,4		
I alt for mænd	71.607	1.019,7	-85	-0,1	5.330	75,9	976	18,3
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	38.348	801,1	-17.425	-45,4	2.318	48,4	-42	-1,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	51.172	1.066,9	-4.710	-9,2	2.343	48,8	-22	-0,9
Videregående	36.702	1.165,1	ref.	ref.	1.553	49,3	ref.	ref.
Uoplyst	3.459	1.015,3			149	43,9		
I alt for kvinder	129.682	991,9	-22.135	-17,1	6.363	48,7	-63	-1,0

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.5 Angst og praksissektor

Der er årligt 1.190.006 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 2,2 % og 2,7 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 11.5.1** Angst. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.190.006	5.921,5	2,5
I alt 30+ år	1.062.101	6.196,8	2,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	43.343	4.056,7	2,2
30-49 år	144.478	5.498,1	4,0
50-64 år	125.428	6.477,4	2,7
65-74 år	57.469	6.645,4	1,3
75+ år	28.111	5.359,0	0,7
I alt for mænd	398.830	5.679,7	2,2
I alt for mænd 30+ år	355.486	5.971,0	2,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	84.561	4.478,1	1,7
30-49 år	260.131	5.861,5	3,6
50-64 år	236.016	6.877,4	3,8
65-74 år	127.308	7.229,5	2,6
75+ år	83.160	5.346,9	1,5
I alt for kvinder	791.176	6.051,4	2,7
I alt for kvinder 30+ år	706.615	6.317,0	2,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til

alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 24.216 og 23.099 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med angst, hvis kontaktmønsteret blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,8% og 3,3 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 11.5.2** Angst. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med angst og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	1.062.101	5.233,5	-47.315	-4,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	117.315	4.530,0	-21.573	-18,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	146.522	5.267,9	-2.644	-1,8
Videregående	74.358	5.363,0	ref.	ref.
Uoplyst	17.292	6.541,5		
I alt for mænd	355.486	5.062,5	-24.216	-6,8
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	246.595	5.151,3	-19.500	-7,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	263.016	5.483,6	-3.599	-1,4
Videregående	175.106	5.558,6	ref.	ref.
Uoplyst	21.899	6.427,5		
I alt for kvinder	706.615	5.404,6	-23.099	-3,3

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### Kontakter til psykolog og psykiater

Der er årligt 132.884 ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater pr. 1.000 personer), er det ekstra antal

kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år.

Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 20,3 % og 19,8 % af alle kontakter til psykolog og psykiater blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.5.3** Angst. Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle kontakter til psykolog og psykiater opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	132.884	661,2	20,0
I alt 30+ år	106.942	623,9	22,4
<b>Mænd</b>			
16-29 år	9.548	893,6	14,1
30-49 år	18.653	709,8	21,5
50-64 år	11.871	613,1	25,2
65-74 år	3.475	401,8	26,8
75+ år	962	183,4	24,5
I alt for mænd	44.509	633,8	20,3
I alt for mænd 30+ år	34.961	587,2	23,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	16.395	868,2	13,6
30-49 år	36.424	820,7	19,9
50-64 år	24.070	701,4	23,1
65-74 år	8.388	476,3	29,2
75+ år	3.099	199,2	30,6
I alt for kvinder	88.376	675,9	19,8
I alt for kvinder 30+ år	71.981	643,5	22,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.6 Angst og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 881.597 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal sygedage blandt personer med angst udgør henholdsvis 3,6 % og 4,4 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.6.1** Angst. Ekstra antal sygedage blandt personer med angst, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og alder, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	881.597	7.345,6	4,1
I alt 30+ år	771.919	8.436,5	4,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	40.613	3.987,9	3,3
30-49 år	184.169	8.613,3	4,8
50-64 år	99.212	8.257,3	2,6
I alt for mænd	323.994	7.434,3	3,6
I alt for mænd 30+ år	283.381	8.485,2	3,7
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	69.065	3.766,5	4,6
30-49 år	303.746	8.080,6	4,9
50-64 år	184.792	9.009,4	3,7
I alt for kvinder	557.603	7.295,0	4,4
I alt for kvinder 30+ år	488.538	8.408,5	4,4

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.7 Angst og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 616 og 888 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med angst sammenlignet med mænd og kvinder uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt

førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med angst højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med angst udgør henholdsvis 11,6 % og 15,9 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 11.7.1** Angst. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af angst, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med angst og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	1.505	12,5	13,8
I alt 30+ år	1.400	15,3	14,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	54	5,3	6,8
30-49 år	301	14,1	19,2
50-64 år	259	21,6	8,8
I alt	616	14,1	11,6
I alt for mænd 30-64 år	561	16,8	12,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	48	2,6	9,2
30-49 år	412	11,0	22,2
50-64 år	425	20,7	13,2
I alt	888	11,6	15,9
I alt for kvinder 30-64 år	839	14,4	16,5

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med angst ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 11.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med angst er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist

med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 236 og 288 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med angst var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 42,1 % og 34,4 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med angst i alderen 30-64 år.

**Tabel 11.7.2** Angst. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med angst og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	1.400	15,6	525	37,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	210	23,5	132	63,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	228	16,0	104	45,7
Videregående	77	8,7	ref.	ref.
Uoplyst	45	33,3		
I alt for mænd	561	16,8	236	42,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	259	20,7	146	56,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	354	15,0	142	40,1
Videregående	184	9,0	ref.	ref.
Uoplyst	40	24,5		
I alt for kvinder	839	14,4	288	34,4

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.8 Angst og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.665,2 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin af personer med angst i forhold til personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.8.1). Ekstra omkostninger

til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin, hjemmehjælp og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til psykolog og psykiater udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 11.8.1** Angst. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med angst opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Psykolog/ psykiater	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	114,1	160,6	2.734,2	348,5	307,8	3.665,2
<b>Mænd</b>						
16-29 år	4,7	12,1	195,1	14,5	1,1	227,5
30-49 år	14,3	22,3	437,8	47,9	7,8	530,1
50-64 år	12,1	13,6	261,6	39,5	27,9	354,7
65-74 år	5,5	4,1	93,6	17,6	37,9	158,7
75+ år	2,8	1,1	36,3	11,8	35,1	87,1
I alt pr. 1.000 mænd	0,6	0,8	14,6	1,9	1,6	19,5
I alt for mænd	39,3	53,2	1.024,4	131,3	109,9	1.358,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	8,7	21,2	459,5	18,9	0,0	508,3
30-49 år	25,3	44,0	567,5	66,9	10,2	713,9
50-64 år	22,0	28,7	371,6	67,8	40,5	530,6
65-74 år	11,4	9,9	192,8	38,0	71,8	323,9
75+ år	7,5	3,6	118,3	25,4	75,5	230,3
I alt pr. 1.000 kvinder	0,6	0,8	13,1	1,7	1,5	17,7
I alt for kvinder	74,8	107,4	1.709,8	217,1	197,9	2.307

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.9 Angst og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 10.294,8 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med angst i forhold til personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 11.9.1).

Ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger omkostninger til tidlig død og langvarigt sygefravær.

**Tabel 11.9.1** Angst. Ekstra produktionstab blandt personer med angst opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	1.282,8	7.454,5	1.557,5	10.294,8
<b>Mænd</b>				
16-29 år	43,1	497,2	68,8	609,1
30-49 år	324,7	2.199,0	567,8	3.091,5
50-64 år	167,8	787,5	343,4	1.298,7
I alt pr. 1.000 mænd	7,5	50,5	14,0	72,0
I alt for mænd	530,0	3.544,8	980,0	5.054,8
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	63,8	368,4	37,8	470,0
30-49 år	437,3	2.402,2	268,1	3.107,6
50-64 år	256,7	1.065,2	271,6	1.593,5
I alt pr. 1.000 kvinder	5,8	29,9	4,4	40,1
I alt for kvinder	752,8	3.909,7	577,5	5.240,0

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)t og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med angst sammenlignet med personer uden angst, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 11.10 Referencer

1. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet (London, England). 2016;388(10063):3048-59.
2. Psykiatrifonden. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark 2021
3. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. Nature reviews Disease primers. 2017;3:17024.





# 12

## Skizofreni



## 12. Skizofreni

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med skizofreni i forhold til personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med skizofreni i forhold til personer uden skizofreni.

I Danmark er der årligt 1.412 nye sygdomstilfælde af skizofreni, og 27.715 personer lever med skizofreni i perioden 2017-2018.

Blandt personer med skizofreni, i forhold til personer uden skizofreni, er der årligt:

- 317 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 16 år eller derover. Det svarer til 0,6 % af alle dødsfald.
- 90 færre planlagte og 5.473 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser.
- 3.827 ekstra antal planlagte og 12.430 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser svarende til henholdsvis 34,7 % og 31,8 % af alle planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser.
- 14.152 færre planlagte somatiske ambulante kontakter og 5.676 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 257.145 ekstra antal planlagte og 14.483 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 23,5 % og 24,3 % af alle planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter.
- 121.099 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,3 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 4.896 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svarende til 0,7 % af alle kontakter til psykolog og psykiater.
- 12.973 flere sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 412 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 3,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 3.028,4 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 3.501,0 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde og personer med nytilkendt førtidspension ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte psykiatriske ambulante kontakter og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, der kan være invaliderende. Skizofreni er karakteriseret ved at påvirke tanker, følelser og sanser. Det kan eksempelvis vise sig ved vrangforestillinger (oftest forestillinger om forfølgelse), hallucinationer (oftest i form af hørelshallucinationer), sanseforstyrrelser, sproglige forstyrrelser, forandringer i følelseslivet, social isolation, uro og angst (1, 2).

Skizofreni debuterer typisk i ungdomsårene omkring 15-30-årsalderen (3). Grundlaget for skizofreni skyldes i mange tilfælde genetiske faktorer som ved visse miljøbelastninger kan blive til sygdom senere i livet (1). Miljøbelastningerne kan skade hjernens udvikling og omfatter eksempelvis komplikationer eller infektioner under graviditeten eller skader ved fødslen. Herudover kan skizofreni også udløses i forbindelse med traumatiske begivenheder, stofmisbrug eller stress (1). Risikoen for at udvikle skizofreni er ca. 1-2 % og flere mænd end kvinder bliver diagnosticeret med skizofreni (1, 2).

Der er en betydelig overdødelighed forbundet med sygdommen, idet patienter med skizofreni i gennemsnit dør 10-20 år før sammenlignet med den generelle befolkning (1). Det skyldes især somatisk komorbiditet samt manglende forebyggelse og behandling heraf, bivirkninger eller mangel på brug af antipsykotika, livsstilsfaktorer, ulykker og selvmord (4, 5).

Grundet tidlig debutalder for flertallet af personer med skizofreni, kan den sociale ulighed i byrdemålene være påvirket af, at personer, der debuterer med skizofreni i en tidlig alder, i mindre grad påbegynder eller fuldfører en uddannelse senere i livet, end det er tilfældet blandt personer uden skizofreni. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 12.1 Forekomst af skizofreni

Der er årligt 1.412 nye sygdomstilfælde af skizofreni i perioden 2017-2018. Heraf er 786 mænd og 627 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 33,4 pr. 100.000 personår blandt mænd og 26,1 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 12.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af skizofreni højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af skizofreni viser, at der årligt er 27.715 personer, som lever med skizofreni i Danmark. Heraf er 16.186 mænd og 11.529 kvinder, svarende til henholdsvis 691,4 pr. 100.000 mænd og 481,2 pr. 100.000 kvinder (Tabel 12.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af skizofreni højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

**Tabel 12.1.1** Skizofreni. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	1.412	29,7	27.715	585,1
I alt 30+ år	638	17,2	21.050	571,3
<b>Mænd</b>				
16-29 år	425	78,8	3.604	670,1
30-49 år	226	30,9	7.357	1.005,2
50-64 år	94	16,5	4.101	727,0
65-74 år	29	9,2	935	297,9
75+ år	12	6,1	189	97,7
I alt for mænd	786	33,4	16.186	691,4
I alt for mænd 30+ år	361	19,9	12.582	697,8
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	350	67,7	3.061	594,9
30-49 år	142	19,7	4.171	580,0
50-64 år	78	13,8	2.829	501,8
65-74 år	34	10,2	1.033	310,7
75+ år	24	8,7	436	163,7
I alt for kvinder	627	26,1	11.529	481,2
I alt for kvinder 30+ år	277	14,7	8.469	450,1

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 206 og 159 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af skizofreni i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 57,2 % og 57,4 % færre nye sygdomstilfælde af skizofreni blandt mænd og kvinder.

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af skizofreni er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 8.683 og 6.899 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af skizofreni i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 69,0 % og 81,5 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 12.1.2** Skizofreni. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse
I alt	638	17,3	365	57,3	21.050	572,0	15.582	74,0
<b>Mænd</b>								
Grundskole	160	46,1	151	94,6	6.587	1.905,5	6.662	101,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	117	15,0	55	47,0	3.930	488,4	2.021	51,4
Videregående	45	8,1	ref.	ref.	1.277	235,8	ref.	ref.
Uoplyst	39	32,0			788	881,8		
I alt for mænd	361	19,5	206	57,2	12.582	683,0	8.683	69,0
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	113	35,9	126	111,9	4.166	1.399,2	5.545	133,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	86	13,3	33	37,8	2.677	398,6	1.355	50,6
Videregående	56	8,6	ref.	ref.	1.302	202,7	ref.	ref.
Uoplyst	22	29,5			325	549,5		
I alt for kvinder	277	14,9	159	57,4	8.469	457,8	6.899	81,5

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.

## 12.2 Skizofreni og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 195 og 122 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 16 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med skizofreni højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 0,7 % og 0,5 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder.

**Tabel 12.2.1** Skizofreni. Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt	317	10,9	0,6
I alt 30+ år	312	14,4	0,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	5	1,3	2,6
30-49 år	37	4,9	4,1
50-64 år	87	20,8	2,3
65-74 år	52	53,9	0,8
75+ år	13	65,6	0,1
I alt for mænd	195	11,5	0,7
I alt for mænd 30+ år	190	14,6	0,7
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	11	2,6	2,0
50-64 år	45	15,5	1,8
65-74 år	42	39,2	0,9
75+ år	24	52,5	0,1
I alt for kvinder	122	10,1	0,5
I alt for kvinder 30+ år	122	14,0	0,5

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.2.2). Der ses ikke social ulighed i dødelighed blandt hverken mænd eller kvinder med skizofreni. Det ses ved, at det ekstra antal dødsfald er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder. Der ville årligt være henholdsvis 20 og 14 flere dødsfald blandt mænd og kvinder med skizofreni,

hvis dødeligheden blandt personer med skizofreni var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 10,7 % og 11,2 % flere dødsfald blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover. Tabel 12.2.2 Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige

**Tabel 12.2.2** Skizofreni. Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	312	10,6	-34	-10,9
<b>Mænd</b>				
Grundskole	103	10,6	-23	-21,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	65	13,3	2	3,4
Videregående	18	12,9	ref.	ref.
Uoplyst	4	3,8		
I alt for mænd	190	11,2	-20	-10,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	75	11,0	-4	-5,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	31	8,8	-10	-31,7
Videregående	17	11,6	ref.	ref.
I alt for kvinder	122	10,1	-14	-11,2

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 observationer i gruppen.

### **12.3 Skizofreni og planlagte og akutte indlæggelser**

#### ***Planlagte somatiske indlæggelser***

Planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med skizofreni er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 90 færre planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.3.1).

#### ***Akutte somatiske indlæggelser***

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 5.473 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med skizofreni højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

#### ***Planlagte psykiatriske indlæggelser***

Der er årligt 3.827 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 42,4 % og 26,9 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser.

#### ***Akutte psykiatriske indlæggelser***

Der er årligt 12.430 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 36,4 % og 27,2 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 12.3.1** Skizofreni. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	-90	-3.1	0.0	5.473	187,9	0,6
I alt 30+ år	-133	-6.1	0.0	4.353	200,7	0,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år				280	69,6	0,9
30-49 år				775	102,2	1,3
50-64 år				1.037	247,2	1,1
65-74 år				315	326,5	0,3
75+ år				72	359,4	0,1
I alt for mænd				2.479	146,1	0,6
I alt for mænd 30+ år				2.198	169,9	0,6
<b>Kvinder</b>						
16-29 år				840	246,3	1,2
30-49 år				830	192,5	0,9
50-64 år				862	296,6	1,1
65-74 år				377	353,2	0,5
75+ år				86	186,7	0,1
I alt for kvinder				2.995	246,4	0,6
I alt for kvinder 30+ år				2.155	246,4	0,6
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	3.827	131,4	34,7	12.430	426,8	31,8
I alt 30+ år	2.810	129,6	34,8	8.700	401,2	32,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	480	119,1	38,6	1.797	446,1	34,2
30-49 år	1.118	147,4	51,8	3.496	461,0	43,8
50-64 år	498	118,8	38,3	1.602	381,9	35,1
65-74 år	117	121,6	28,5	212	220,3	17,3
75+ år	2.224	131,1	41,5	35	174,1	5,9
I alt for mænd	1.744	134,8	42,4	7.143	420,9	36,4
I alt for mænd 30+ år	480	119,1	38,6	5.345	413,0	37,2
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	537	157,6	31,4	1.932	566,7	27,2
30-49 år	607	140,8	35,3	1.987	460,7	32,9
50-64 år	340	117,0	31,8	1.107	380,9	29,5
65-74 år	92	86,6	15,7	201	188,1	13,6
75+ år	1.603	131,8	28,3	61	132,2	5,5
I alt for kvinder	1.065	121,8	26,9	5.288	435,0	27,2
I alt for kvinder 30+ år	537	157,6	31,4	3.355	383,7	27,1

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### **Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.3.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med videregående uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Blandt kvinder er den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 351 flere og 582 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 16,0 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og 27,0 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer falder

gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer af højest blandt personer med videregående uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 403 og 409 flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 23,1 % og 38,4 % flere planlagte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.744 og 290 færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 32,6 % og 8,6 % færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 12.3.2** Skizofreni. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	-133	-3.7	-75	56.2	4.353	153.4	230	5.3
<b>Mænd</b>								
Grundskole					1.232	126.5	-219	-17.8
Erhvervsfaglig/ gymnasial					591	121.7	-132	-22.4
Videregående					208	149.0	-	-
Uoplyst					168	170.5		
I alt for mænd					2.198	129.5	-351	-16.0
<b>Kvinder</b>								
Grundskole					1.229	181.4	399	32.4
Erhvervsfaglig/ gymnasial					613	174.7	183	29.8
Videregående					178	122.6	-	-
Uoplyst					135	321.5		
I alt for kvinder					2.155	177.3	582	27.0
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>								
I alt	2.810	95,2	-812	-28,9	8.700	295,5	2.034	23,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	992	101,9	-230	-23,1	3.368	345,8	1.454	43,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	435	89,7	-173	-39,8	1.243	256,2	290	23,3
Videregående	175	125,5	ref.	ref.	274	196,5	ref.	ref.
Uoplyst	141	143,8			460	467,7		
I alt for mænd	1.744	102,8	-403	-23,1	5.345	315,0	1.744	32,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	451	66,6	-385	-85,4	1.848	272,7	138	7,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	410	116,7	-24	-5,7	1.038	295,6	152	14,6
Videregående	179	123,4	ref.	ref.	366	252,3	-	-
Uoplyst	-	-			104	248,6		
I alt for kvinder	1.065	87,6	-409	-38,4	3.355	276,0	290	8,6

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.4 Skizofreni og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 14.152 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), ses der færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni i næsten alle aldersgrupper sammenlignet med personer uden skizofreni i samme alder. Forskellen er mindst blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år. Antallet af ekstra planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med skizofreni er højest blandt personer i aldersgruppen 16-29 år.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 5.676 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 0,5 % og 0,8 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de planlagte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 257.145 ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 34,1 % og 16,7 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 14.483 ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 27,9 % og 20,5 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

**Tabel 12.4.1** Skizofreni. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte kontakter			Akkutte kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	-14.152	-485,9	-0,1	5.676	194,9	0,6
I alt 30+ år	-14.128	-651,4	-0,2	3.861	178,0	0,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	-133	-33,0	0,0	212	52,6	0,2
30-49 år	-2.947	-388,7	-0,4	740	97,6	0,6
50-64 år	-3.396	-809,6	-0,3	816	194,6	0,9
65-74 år	-1.081	-1.121,7	-0,1	235	244,2	0,4
75+ år	-414	-2.060,7	-0,1	40	199,8	0,1
I alt for mænd	-7.971	-469,7	-0,2	2.044	120,4	0,5
I alt for mænd 30+ år	-7.838	-605,6	-0,2	1.832	141,5	0,5
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	109	32,0	0,0	1.603	470,1	1,4
30-49 år	-1.224	-283,7	-0,1	1.034	239,8	0,9
50-64 år	-2.497	-859,0	-0,2	739	254,4	0,9
65-74 år	-1.686	-1.580,3	-0,2	205	192,5	0,4
75+ år	-883	-1.922,9	-0,1	50	109,6	0,1
I alt for kvinder	-6.180	-508,4	-0,1	3.632	298,8	0,8
I alt for kvinder 30+ år	-6.290	-719,2	-0,1	2.029	232,0	0,6
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	257.145	8.828,6	23,5	14.483	497,2	24,3
I alt 30+ år	167.197	7.709,4	25,3	10.295	474,7	26,3
<b>Mænd</b>						
16-29 år	46.480	11.536,3	31,0	2.012	499,5	22,3
30-49 år	65.324	8.614,5	38,1	3.986	525,6	33,8
50-64 år	28.589	6.815,7	37,0	2.127	507,0	30,5
65-74 år	4.918	5.104,2	28,2	270	280,5	16,1
75+ år	609	3.028,8	5,4	47	235,8	6,3
I alt for mænd	145.919	8.598,1	34,1	8.442	497,5	27,9
I alt for mænd 30+ år	99.439	7.683,5	35,8	6.430	496,8	30,3
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	43.469	12.747,5	15,3	2.176	638,1	18,9
30-49 år	38.617	8.954,7	16,3	2.199	509,8	24,5
50-64 år	22.803	7.844,2	24,3	1.373	472,2	24,6
65-74 år	5.282	4.950,6	20,7	250	234,0	12,3
75+ år	1.055	2.299,3	3,9	44	95,4	3,3
I alt for kvinder	111.226	9.150,3	16,7	6.041	496,9	20,5
I alt for kvinder 30+ år	67.758	7.747,7	17,7	3.865	441,9	21,6

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i planlagte somatiske ambulante kontakter**

Der ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder med skizofreni i alle uddannelsesgrupper sammenlignet med mænd og kvinder uden skizofreni i samme uddannelsesgruppe (Tabel 12.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med skizofreni er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.482 flere og 3.735 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 31,7 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og 59,4 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 281 flere og 239 færre akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis kontaktmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 15,3 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og 11,8 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 15.526 og 24.124 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis kontaktmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 15,6 % og 35,6 % flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed, hvor det ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Der ville årligt være henholdsvis 1.337 færre og 268 flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med skizofreni, hvis kontaktmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 20,8 % færre akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og 6,9 % flere akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 12.4.2** Skizofreni. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	-14.128	-489,6	1.253	-8,9	3.861	137,4	-42	-1,1
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-5.041	-517,7	-1.903	37,8	956	98,2	-193	-20,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-2.142	-441,4	-578	27,0	485	100,0	-87	-18,0
Videregående	-450	-322,2	ref.	ref.	165	118,0	ref.	ref.
Uoplyst	-205	-208,6			226	229,7		
I alt for mænd	-7.838	-461,9	-2.482	31,7	1.832	107,9	-281	-15,3
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	-3.034	-447,8	2.581	-85,0	1.108	163,5	127	11,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-1.755	-499,9	1.154	-65,8	620	176,7	112	18,1
Videregående	-1.201	-828,7	ref.	ref.	210	144,7	ref.	ref.
Uoplyst	-299	-712,5			92	218,5		
I alt for kvinder	-6.290	-517,4	3.735	-59,4	2.029	166,9	239	11,8
<b>Psykiatriske kontakter</b>								
I alt	167.197	5.716,8	-39.651	-23,7	10.295	348,4	1.069	10,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	51.543	5.292,4	-14.313	-27,8	3.871	397,5	1.104	28,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	31.606	6.512,1	-1.213	-3,8	1.611	331,9	232	14,4
Videregående	9.436	6.762,1	ref.	ref.	396	284,1	ref.	ref.
Uoplyst	6.854	6.972,3			552	561,4		
I alt for mænd	99.439	5.859,4	-15.526	-15,6	6.430	378,9	1.337	20,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	30.626	4.520,0	-21.022	-68,6	1.981	292,3	-325	-16,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	23.660	6.738,9	-3.103	-13,1	1.251	356,4	57	4,5
Videregående	11.049	7.622,6	ref.	ref.	493	340,3	ref.	ref.
Uoplyst	2.423	5.775,6			140	332,8		
I alt for kvinder	67.758	5.574,2	-24.124	-35,6	3.865	317,9	-268	-6,9

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.5 Skizofreni og praksissektor

Der er årligt 121.099 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med skizofreni højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 0,3 % og 0,2 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 12.5.1** Skizofreni. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	121.099	4.157,7	0,3
I alt 30+ år	101.962	4.701,4	0,3
<b>Mænd</b>			
16-29 år	8.275	2.053,8	0,4
30-49 år	25.565	3.371,3	0,7
50-64 år	21.840	5.206,8	0,5
65-74 år	3.858	4.004,1	0,1
75+ år	269	1.337,0	0,0
I alt for mænd	59.806	3.524,0	0,3
I alt for mænd 30+ år	51.531	3.981,7	0,3
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	10.862	3.185,3	0,2
30-49 år	23.810	5.521,1	0,3
50-64 år	20.011	6.883,9	0,3
65-74 år	6.009	5.631,6	0,1
75+ år	601	1.309,1	0,0
I alt for kvinder	61.293	5.042,4	0,2
I alt for kvinder 30+ år	50.431	5.766,5	0,2

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende

læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 19.488 og 13.460 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med skizofreni, hvis kontaktmønsteret blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 37,8 % og 26,7 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 12.5.2** Skizofreni. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	101.962	3.592,6	-32.948	-32,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	24.816	2.548,1	-16.250	-65,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	17.227	3.549,5	-3.238	-18,8
Videregående	5.884	4.216,7	ref.	ref.
Uoplyst	3.603	3.665,7		
I alt for mænd	51.531	3.036,4	-19.488	-37,8
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	24.834	3.665,3	-10.957	-44,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	16.044	4.569,5	-2.503	-15,6
Videregående	7.657	5.282,4	ref.	ref.
Uoplyst	1.896	4.520,4		
I alt for kvinder	50.431	4.148,8	-13.460	-26,7

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### **Kontakter til psykolog og psykiater**

Der er årligt 4.896 ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater blandt personer med skizofreni højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

**Tabel 12.5.3** Skizofreni. Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle kontakter til psykolog og psykiater opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	4.896	168,1	0,7
I alt 30+ år	4.583	211,3	1,0
<b>Mænd</b>			
16-29 år	237	58,9	0,3
30-49 år	1.171	154,4	1,3
50-64 år	798	190,2	1,7
65-74 år	251	260,1	1,9
I alt for mænd	2.457	144,8	1,1
I alt for mænd 30+ år	2.220	171,5	1,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	75	22,0	0,1
30-49 år	1.156	268,1	0,6
50-64 år	981	337,3	0,9
65-74 år	227	212,8	0,8
I alt for kvinder	2.439	200,6	0,5
I alt for kvinder 30+ år	2.364	270,3	0,7

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til psykolog og psykiater er opgjort blandt personer med skizofrenisammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

Note 2: Aldersgruppen 75+ år er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 personer i denne gruppe.

## 12.6 Skizofreni og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 12.973 flere sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Det negative estimat blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år er et udtryk for, at der er færre sygedage blandt personer med skizofreni i den aldersgruppe sammenlignet med personer uden skizofreni i samme alder.

**Tabel 12.6.1** Skizofreni. Ekstra antal sygedage blandt personer med skizofreni, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og alder, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	12.973	1.100,0	0,1
I alt 30+ år	11.479	2.228,9	0,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	1.392	393,9	0,1
30-49 år	8.801	3.285,2	0,2
50-64 år	-132	-325,5	0,0
I alt for mænd	10.061	1.520,2	0,1
I alt for mænd 30+ år	8.669	2.810,5	0,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	102	33,4	0,0
30-49 år	2.797	1.760,2	0,0
50-64 år	13	44,0	0,0
I alt for kvinder	2.912	589,6	0,0
I alt for kvinder 30+ år	2.810	1.491,1	0,0

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.7 Skizofreni og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 252 og 161 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med skizofreni sammenlignet med mænd og kvinder uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt

førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med skizofreni højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med skizofreni udgør henholdsvis 4,8 % og 2,9 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 12.7.1** Skizofreni. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af skizofreni, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med skizofreni og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	412	35,7	3,8
I alt 30+ år	274	55,2	2,9
<b>Mænd</b>			
16-29 år	80	22,7	10,0
30-49 år	129	48,3	8,3
50-64 år	32	78,4	1,1
I alt	252	38,1	4,8
I alt for mænd 30-64 år	165	53,6	3,7
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	47	15,4	8,9
30-49 år	74	46,3	4,0
50-64 år	32	107,6	1,0
I alt	161	32,5	2,9
I alt for kvinder 30-64 år	109	57,7	2,1

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med skizofreni ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 12.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med skizofreni er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspen-

sion pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 114 og 20 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med skizofreni var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 68,7 % og 18,2 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med skizofreni i alderen 30-64 år.

**Tabel 12.7.2** Skizofreni. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med skizofreni og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	274	55,7	133	48,7
<b>Mænd</b>				
Grundskole	84	68,2	67	79,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	61	58,0	47	76,2
Videregående	7	13,8	ref.	ref.
Uoplyst	13	44,4		
I alt for mænd	165	53,6	114	68,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	41	69,7	13	32,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	39	57,3	7	17,2
Videregående	22	47,4	ref.	ref.
Uoplyst	6	39,6		
I alt for kvinder	109	57,7	20	18,2

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.8 Skizofreni og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.028,4 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med skizofreni i forhold til personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.8.1). Ekstra

omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin, hjemmehjælp og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til psykolog og psykiater udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 12.8.1** Skizofreni. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med skizofreni opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Psykolog/ psykiater	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	11,4	4,9	2.824,7	124,0	63,4	3.028,4
<b>Mænd</b>						
16-29 år	0,9	0,3	451,0	10,5	-0,2	462,5
30-49 år	2,5	1,2	789,0	32,5	5,3	830,5
50-64 år	2,0	0,8	321,4	23,4	14,9	362,5
65-74 år	0,4	0,3	52,1	4,4	9,6	66,8
75+ år	0,0		8,6	0,7	1,6	10,9
I alt pr. 1.000 mænd	0,3	0,1	95,6	4,2	1,8	102
I alt for mænd	5,8	2,5	1.622,1	71,5	31,2	1.733,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	1,0	0,0	502,8	9,4	0,2	513,4
30-49 år	2,2	1,2	403,1	20,1	2,4	429
50-64 år	1,8	0,9	237,9	16,7	13,1	270,4
65-74 år	0,5	0,2	48,3	5,3	11,1	65,4
75+ år	0,1		10,5	0,9	5,4	16,9
I alt pr. 1.000 kvinder	0,5	0,2	98,9	4,3	2,6	106,5
I alt for kvinder	5,6	2,4	1.202,6	52,5	32,1	1.295,2

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Æltdokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.9 Skizofreni og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 3.501,0 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med skizofreni i forhold til personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 12.9.1).

Ekstra omkostninger til personer med nytilkendt førtidspension udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger grundet tidlig død og langvarigt sygefravær.

**Tabel 12.9.1** Skizofreni. Ekstra produktionstab blandt personer med skizofreni opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	18,2	2.803,6	679,2	3.501,0
<b>Mænd</b>				
16-29 år	1,2	738,0	49,9	789,1
30-49 år	13,9	1.046,8	268,7	1.329,4
50-64 år	0,1	106,7	211,1	317,9
I alt pr. 1.000 mænd	0,9	111,3	31,2	143,3
I alt for mænd	15,2	1.891,5	529,7	2.436,4
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	-0,4	357,1	-	356,7
30-49 år	3,1	471,1	67,3	541,5
50-64 år	0,3	83,9	82,2	166,4
I alt pr. 1.000 kvinder	0,0	74,8	12,3	87,0
I alt for kvinder	3,0	912,1	149,5	1.064,6

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)t og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 12.10 Referencer

1. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-An Overview. JAMA psychiatry. 2020;77(2):201-10.
2. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. Nature reviews Disease primers. 2015;1:15067.
3. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. Lancet (London, England). 2022;399(10323):473-86.
4. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual review of clinical psychology. 2014;10:425-48.
5. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2022;21(2):248-71.



**13**

**Demens**



## 13. Demens

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med demens i forhold til personer uden demens, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset demens. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med demens i forhold til personer uden demens. Opgørelserne er lavet for personer i alderen 65 år eller derover

I Danmark er der årligt 7.216 nye sygdomstilfælde af demens, og 32.991 personer lever med demens i perioden 2017-2018.

Blandt personer med demens, i forhold til personer uden demens, er der årligt:

- 4.406 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 8,2 % af alle dødsfald.
- 1.755 færre planlagte somatiske indlæggelser og 4.855 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser.
- 200 ekstra antal planlagte og 440 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser svarende til henholdsvis 2,5 % og 1,6 % af alle planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser.
- 41.605 færre planlagte og 6.095 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 19.073 ekstra antal planlagte og 387 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter svarende til 2,9 % og 1,0 % af alle planlagte og akutte psykiatriske hospitalskontakter.
- 133.736 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,3 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 569,8 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For akutte somatiske indlæggelser og ambulante kontakter samt kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Demens er en fællesbetegnelse for en række kroniske og ofte fremadskridende sygdomstilstande i hjernen, der karakteriseres ved vedvarende svækkelse af de kognitive funktioner, herunder hukommelse, intelligens, personlighed og følelseliv (1). Alzheimers sygdom er den mest udbredte demenssygdom, idet sygdommen udgør 50-60 % af alle demenstilfælde i Danmark. Alzheimers er en uhelbredelig neurodegenerativ sygdom, som især kendetegnes ved hukommelsesbesvær (1, 2). Vaskulær demens er en anden type hyppigt forekommende demenssygdom, som skyldes forstyrrelser i hjernens blodforsyning forårsaget af eksempelvis blodpropper, blødninger eller forsnævring (1, 2). Foruden disse findes en række andre demenssygdomme, herunder Lewy Body demens, Huntingtons sygdom og demens ved Parkinsons sygdom (1, 2).

Gennem de seneste år, har antallet af personer med demens på verdensplan været stigende som følge af den stigende ældrebefolkning og fremskrivningsmodeller estimerer, at antallet vil stige yderligere (3). På trods af den stigende forekomst er der i Danmark sket et mindre fald i antallet af nye

demenstilfælde blandt personer på 65 år eller derover. Således har antallet af nye demensstilfælde årligt været faldende med cirka 2 % siden 2003 (4). Der forventes at være et stort mørketal for demens, idet ikke alle diagnosticeres og registreres i nationale registre (5).

Der findes mange årsager til demens. Høj alder er en væsentlig risikofaktor for udvikling af demens (6). Velkendte risikofaktorer for hjertekarsygdom såsom forhøjet blodtryk, diabetes, overvægt og forhøjet kolesterol øger ligeledes risikoen for udvikling af demens (7). Livsstilsrelaterede risikofaktorer såsom fysisk inaktivitet, usund kost, rygning og alkoholmisbrug øger også risikoen (7). Slutteligt er kortere uddannelse og social isolation forbundet med en forhøjet risiko for udvikling af demens (7).

Opgørelser i dette kapitel er kun baseret på personer i aldersgruppen 65 år eller derover. Dette skyldes usikkerhed vedrørende validiteten af demensdiagnoser blandt personer under 65 år (8). Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

### 13.1 Forekomst af demens

Der er årligt 7.216 nye sygdomstilfælde af demens blandt personer i alderen 65 år eller derover i perioden 2017-2018. Heraf er 2.996 mænd og 4.220 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 584,7 pr. 100.000 personår blandt mænd og 699,2 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 13.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af demens højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af demens viser, at der årligt er 32.991 personer i alderen 65 år eller derover, som lever med demens i Danmark. Heraf er 12.853 mænd og 20.138 kvinder, svarende til henholdsvis 2.534,6 pr. 100.000 mænd og 3.364,6 pr. 100.000 kvinder (Tabel 13.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af demens højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

**Tabel 13.1.1** Demens. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt 65+ år	7.216	646,6	32.991	2.983,9
<b>Mænd</b>				
65-74 år	727	231,4	3.124	995,7
75+ år	2.269	1.144,8	9.730	5.030,6
I alt for mænd 65+ år	2.996	584,7	12.853	2.534,6
<b>Kvinder</b>				
65-74 år	686	205,9	2.908	874,7
75+ år	3.535	1.306,5	17.230	6.476,0
I alt for kvinder 65+ år	4.220	699,2	20.138	3.364,6

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af demens er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd med demens ses det højeste antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 24 og 77 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af demens i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 0,8 % og 1,8 % færre nye sygdomstilfælde af demens blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis

personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.1.2). Blandt mænd ses social ulighed i eksisterende sygdomstilfælde, hvor antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer er højere blandt mænd med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af demens blandt kvinder er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 81 og 441 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af demens i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 0,6 % og 2,2 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tablet 13.1.2** Demens. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse
I alt	7.216	191,2	101	1,4	32.991	874,2	522	1,6
<b>Mænd</b>								
Grundskole	1.038	189,7	5	0,5	4.505	824,8	31	0,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.255	194,1	18	1,5	5.335	825,2	50	0,9
Videregående	617	186,1	ref.	ref.	2.660	803,6	ref.	ref.
Uoplyst	87	190,0			354	779,6		
I alt for mænd	2.996	190,2	24	0,8	12.853	814,4	81	0,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	2.243	198,4	53	2,4	11.096	970,9	360	3,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.211	188,1	24	2,0	5.500	864,7	81	1,5
Videregående	597	176,9	ref.	ref.	2.769	826,3	ref.	ref.
Uoplyst	169	185,6			774	970,9		
I alt for kvinder	4.220	190,6	77	1,8	20.138	905,2	441	2,2

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemedicinalregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret..

## 13.2 Demens og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 1.779 og 2.627 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med demens højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med demens udgør henholdsvis 6,7 % og 9,9 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 65 år eller derover.

**Tabel 13.2.1** Demens. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med demens og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 65+ år	4.406	111,9	8,2
<b>Mænd</b>			
65-74 år	272	70,9	4,1
75+ år	1.507	128,1	9,8
I alt for mænd 65+ år	1.779	114,0	6,7
<b>Kvinder</b>			
65-74 år	249	69,6	5,4
75+ år	2.378	117,7	12,6
I alt for kvinder 65+ år	2.627	110,5	9,9

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med demens ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.2.2). Blandt mænd ses social ulighed i dødelighed, hvor det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i

dødelighed blandt kvinder med demens er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 39 og 136 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med demens, hvis dødeligheden blandt personer med demens var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,2 % og 5,2 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

**Tabel 13.2.2** Demens. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med demens og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 65+ år	4.406	112,2	175	4,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	660	121,5	59	8,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	701	107,8	-19	2,8
Videregående	359	110,7	ref.	ref.
Uoplyst	58	138,1		
I alt for mænd	1.779	114,0	39	2,2
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	1.460	112,3	113	7,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	705	107,0	22	3,2
Videregående	344	103,6	ref.	ref.
Uoplyst	118	136,8		
I alt for kvinder	2.627	110,5	136	5,2

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### 13.3 Demens og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 1.755 færre planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.3.1). De negative estimater er et udtryk for, at der forekommer færre planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens i disse aldersgrupper sammenlignet med personer uden demens i samme alder.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 4.855 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal

akutte somatiske indlæggelser blandt personer med demens højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med demens er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 200 ekstra planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.3.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med demens udgør 2,5 % alle planlagte psykiatriske indlæggelser. For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 400 ekstra antal indlæggelser blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med demens udgør 1,6 % alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 13.3.1** Demens. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med demens og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt 65+ år	-1.755	-44,6	-0,6	4.855	123,3	0,6
<b>Mænd</b>						
65-74 år	-92	-24,1	-0,2	1.350	351,8	1,3
75+ år	-669	-56,9	-2,3	1.824	155,0	1,5
I alt for mænd 65+ år	-762	-48,8	-0,6	3.174	203,4	0,8
<b>Kvinder</b>						
65-74 år	-116	-32,3	-0,3	892	249,3	1,1
75+ år	-878	-43,5	-3,0	790	39,1	0,5
I alt for kvinder 65+ år	-994	-41,8	-0,7	1.681	70,7	0,4
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt 65+ år	200	5,1	2,5	440	11,2	1,6

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens..



**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Der ses færre planlagte somatiske indlæggelser blandt både mænd og kvinder med demens i alle uddannelsesgrupper sammenlignet med mænd og kvinder uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med demens. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 52 og 144 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt personer demens, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med demens var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,8 % og 14,5 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med demens ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.159 og 1.681 flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med demens, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med demens var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 36,5 % og 100,0 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

**Tabel 13.3.2** Demens. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med demens og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	-1.755	-45,3	-196	11,1	4.855	137,1	-2.840	-58,5
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-254	-46,7	-7	2,9	796	146,4	-721	-90,6
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-340	-52,2	-45	13,2	1.377	211,7	-438	-31,8
Videregående	-147	-45,4	ref.	ref.	905	279,1	ref.	ref.
Uoplyst	-21	-49,5			96	229,0		
I alt for mænd	-762	-48,8	-52	6,8	3.174	203,4	-1.159	-36,5
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	-541	-41,6	-65	11,9	592	45,6	-1.307	-220,6
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-321	-48,7	-79	24,6	589	89,4	-374	-63,5
Videregående	-122	-36,7	ref.	ref.	485	146,1	ref.	ref.
Uoplyst	-10	-11,5			15	17,2		
I alt for kvinder	-994	-41,8	-144	14,5	1.681	70,7	-1.681	-100,0

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### **13.4 Demens og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter**

Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter  
Der er årligt 41.605 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.4.1). De negative estimater er et udtryk for, at der forekommer færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens i disse aldersgrupper sammenlignet med personer uden demens i samme alder

#### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 6.095 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i alderen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med demens udgør 0,9 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder.

#### ***Planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

For de planlagte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 19.073 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte psykiatriske kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med demens udgør henholdsvis 2,7 % og 3,1 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

#### ***Akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 387 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens i alderen 65 år eller derover sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.4.1). Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens udgør 1,0 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Tabel 13.4.1** Demens. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med demens og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter			Akkutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt 65+ år	-41.605	-1.056,5	-0,5	6.095	154,8	0,9
<b>Mænd</b>						
65-74 år	-673	-175,3	-0,1	904	235,6	1,5
75+ år	-15.199	-1.291,9	-2,1	1.976	168,0	3,1
I alt for mænd 65+ år	-15.872	-1.017,2	-0,4	2.881	184,6	0,9
<b>Kvinder</b>						
65-74 år	-2.438	-681,7	-0,2	644	180,1	1,1
75+ år	-23.295	-1.153,2	-2,9	2.570	127,2	3,0
I alt for kvinder 65+ år	-25.733	-1.082,3	-0,5	3.214	135,2	0,9
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt 65+ år	19.073	484,3	2,9	387	9,8	1,0
<b>Mænd</b>						
65-74 år	2.198	572,6	12,6			
75+ år	5.174	439,8	45,9			
I alt for mænd 65+ år	7.373	472,5	2,7			
<b>Kvinder</b>						
65-74 år	2.386	667,2	9,3			
75+ år	9.314	461,1	34,5			
I alt for kvinder 65+ år	11.700	492,1	3,1			

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### **Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Der ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder med demens i alle uddannelsesgrupper sammenlignet med mænd og kvinder uden demens i samme uddannelsesgruppe (Tabel 13.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.555 og 2.622 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens, hvis kontaktmønsteret blandt personer med demens var det samme som i videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 16,1 % og 10,2 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Blandt mænd og kvinder med demens ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er den sociale ulighed kendetegnet ved, at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1000 personer er højest blandt personer med videregående uddannelse, mens det

er nogenlunde ens blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 324 og 192 flere akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med demens, hvis kontaktmønsteret blandt personer med demens var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,2 % og 6,0 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

### **Social ulighed i planlagte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Blandt mænd og kvinder med demens ses det højeste ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter pr. 1000 personer højest blandt personer med grundskole, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 814 færre og 225 flere planlagte psykiatriske kontakter blandt mænd og kvinder med demens, hvis kontaktmønsteret blandt personer med demens var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,0 % færre planlagte psykiatriske kontakter blandt mænd og 1,9 % flere planlagte psykiatriske kontakter blandt kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

**Tabel 13.4.2** Demens. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med demens og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	-41.605	-1.049,7	-5.177	12,4	6.095	159,9	-516	-8,5
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-5.980	-1.100,5	-1.339	22,4	906	166,7	-206	-22,7
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-6.774	-1.041,1	-1.216	18,0	1.214	186,6	-118	-9,7
Videregående	-2.770	-854,2	ref.	ref.	664	204,7	ref.	ref.
Uoplyst	-347	-825,8			97	229,8		
I alt for mænd	-15.872	-1.017,2	-2.555	16,1	2.881	184,6	-324	-11,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	-14.245	-1.095,9	-1.482	10,4	1.790	137,7	-120	-6,7
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-7.616	-1.154,9	-1.141	15,0	897	136,1	-72	-8,0
Videregående	-3.258	-981,9	ref.	ref.	488	146,9	ref.	ref.
Uoplyst	-614	-709,5			40	45,8		
I alt for kvinder	-25.733	-1.082,3	-2.622	10,2	3.214	135,2	-192	-6,0
<b>Psykiatriske kontakter</b>								
I alt	19.073	482,3	589	3,1	387	10,1	-145	-37,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.683	493,7	406	15,1				
Erhvervsfaglig/ gymnasial	3.135	481,9	408	13,0				
Videregående	1.359	419,1	ref.	ref.				
Uoplyst	195	464,4						
I alt for mænd	7.373	472,5	814	11,0				
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	6.778	521,5	167	2,5				
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.961	449,1	-393	-13,3				
Videregående	1.688	508,6	ref.	ref.				
Uoplyst	272	315,0						
I alt for kvinder	11.700	492,1	-225	-1,9				

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### 13.5 Demens og praksissektor

Der er årligt 133.736 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med demens højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

**Tabel 13.5.1** Demens. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med demens og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt 65+ år	133.736	3.396,0	0,3
<b>Mænd</b>			
65-74 år	25.262	6.580,4	0,6
75+ år	40.404	3.434,3	1,1
I alt for mænd 65+ år	65.666	4.208,3	0,4
<b>Kvinder</b>			
65-74 år	19.805	5.539,1	0,4
75+ år	48.264	2.389,2	0,9
I alt for kvinder 65+ år	68.069	2.862,9	0,3

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med demens ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 13.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til praktiserende læge blandt personer med demens er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal

kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 6.373 og 20.497 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med demens, hvis kontaktmønstret blandt personer med demens var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 9,7 % og 30,1 % flere kontakter til praktiserende læge blandt mænd og kvinder med demens i alderen 65 år eller derover.

**Tabel 13.5.2** Demens. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med demens og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 65+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	133.736	3.535,6	-26.870	-20,1
<b>Mænd</b>				
Grundskole	19.952	3.671,7	-5.199	-26,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	28.941	4.447,9	-1.174	-4,1
Videregående	15.010	4.628,4	ref.	ref.
Uoplyst	1.764	4.195,0		
I alt for mænd	65.666	4.208,3	-6.373	-9,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	33.282	2.560,5	-16.267	-48,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	20.907	3.170,4	-4.230	-20,2
Videregående	12.650	3.811,9	ref.	ref.
Uoplyst	1.230	1.421,9		
I alt for kvinder	68.069	2.862,9	-20.497	-30,1

Datakilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.



### 13.6 Demens og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 569,8 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med demens i forhold til personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens (Tabel 13.6.1).

Ekstra omkostninger til hjemmehjælp udgør størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 13.6.1** Demens. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med demens opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	15,4	10,5	52,6	491,2	569,8
<b>Mænd</b>					
65-74 år	2,5	39,0	17,9	55,4	114,8
75+ år	4,8	-11,8	16,0	161,7	170,7
I alt pr. 1.000 mænd	0,5	1,7	2,2	13,9	18,3
I alt for mænd	7,3	27,2	33,9	217,2	285,6
<b>Kvinder</b>					
65-74 år	2,0	23,7	7,4	55,7	88,8
75+ år	6,1	-40,3	11,3	218,4	195,5
I alt pr. 1.000 kvinder	0,3	-0,7	0,8	11,5	11,9
I alt for kvinder	8,1	-16,7	18,7	274,1	284,2

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med demens sammenlignet med personer uden demens, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset demens.

## 13.7 Referencer

1. Per Soelberg Sørensen, Gunhild Waldemar, Flemming Gjerris, Olaf B Paulson, m.fl. Klinisk neurologi og neurokirurgi FADL's forlag 2020.
2. Nationalt Videnscenter for Demens. Demenssygdomme [05-09-2022]. Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/demenssygdomme-0>.
3. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public health*. 2022;7(2):e105-e25.
4. Taudorf L, Nørgaard A, Islamoska S, Jørgensen K, Laursen TM, Waldemar G. Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2019;15(11):1383-91.
5. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens 2018.
6. Bladbjerg EM, Sandbæk A, Stallknecht BM. Sygdomslære for ikke-klinikere Munksgaard 2012.
7. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*. 2020;396(10248):413-46.
8. Salem LC, Andersen BB, Nielsen TR, Stokholm J, Jørgensen MB, Rasmussen MH, et al. Overdiagnosis of dementia in young patients - a nationwide register-based study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2012;34(5-6):292-9.





# 14

## Iskæmisk hjertesygdom



## 14. Iskæmisk hjertesygdom

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom.

I Danmark er der årligt 18.490 nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom, og 204.056 personer lever med iskæmisk hjertesygdom i perioden 2017-2018.

Blandt personer med iskæmisk hjertesygdom, i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom, er der årligt:

- 1.189 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 2,2 % af alle dødsfald.
- 16.860 ekstra antal planlagte og 73.256 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 5,5 % og 8,4 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 300.834 ekstra antal planlagte og 29.979 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 3,2 % og 3,3 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 1.031.166 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 2,2 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 343.918 ekstra sygedage svarende til 1,6 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 319 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 3,3 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 3.661,0 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 1.836,6 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom, dødelighed, somatiske akutte indlæggelser og kontakter hos alment praktiserende læge ses en social ulighed, som er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse.

Iskæmisk hjertesygdom er en fællesbetegnelse for sygdomme i hjertet, der skyldes åreforkalkning i hjertets kranspulsårer. Klassiske symptomer på iskæmisk hjertesygdom omfatter smerter eller ubehag ved brystet samt tiltagende åndenød (1).

I Danmark er iskæmisk hjertesygdom den mest udbredte hjertesygdom (2). Der er sket et markant fald i antallet af nye tilfælde i perioden 2004 til 2018, hvor antallet af nye tilfælde næsten er halveret blandt både mænd og kvinder (3). Overlevelsen er ligeledes forbedret gennem de seneste år. Således er 5-årsdødeligheden i perioden 2004 til 2014 faldet fra 25 % til 20 % blandt mænd. For kvinder er der tilsvarende sket et fald fra 22 % til 16 % i samme periode (4).

Både biologiske faktorer og livsstilsrelaterede risikofaktorer bidrager til udviklingen af iskæmisk hjertesygdom. Biologiske faktorer omfatter forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, forhøjet blodsukker og overvægt (5), mens livstilsfaktorer omfatter rygning, et højt indtag af mættet fedt og fysisk inaktivitet (5, 6). Herudover har psykosociale faktorer såsom stress, angst og depression også betydning for udviklingen af iskæmisk hjertesygdom (5, 7). Risikoen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom er desuden forøget blandt personer med type-1- og type-2 diabetes (5, 8). Flere mænd end kvinder rammes af iskæmisk hjertesygdom og risikoen for at udvikle sygdommen stiger i takt med alderen (9). Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 14.1 Forekomst af iskæmisk hjertesygdom

Der er årligt i 18.490 nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom i perioden 2017-2018. Heraf er 11.659 mænd og 6.832 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 496,4 pr. 100.000 personår blandt mænd og 284,2 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 14.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), stiger antallet af nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom med stigende alder.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af iskæmisk hjertesygdom viser, at der årligt er 204.056 personer, som lever med iskæmisk hjertesygdom i Danmark. Heraf er 124.004 mænd og 80.053 kvinder, svarende til 5.297,2 pr. 100.000 mænd og 3.341,3 pr. 100.000 kvinder (Tabel 14.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom med alderen.

**Tabel 14.1.1** Iskæmisk hjertesygdom. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	18.490	389,1	204.056	4.307,9
I alt 30+ år	18.419	498,3	203.361	5.519,3
<b>Mænd</b>				
16-29 år	41	7,5	424	78,7
30-49 år	1.039	142,2	8.319	1.136,5
50-64 år	3.641	642,6	35.992	6.380,5
65-74 år	3.567	1.135,5	40.794	13.004,4
75+ år	3.372	1.701,4	38.476	19.893,7
I alt for mænd	11.659	496,4	124.004	5.297,2
I alt for mænd 30+ år	11.618	642,1	123.580	6.853,7
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	31	6,0	272	52,9
30-49 år	455	63,4	4.779	664,6
50-64 år	1.643	290,2	20.025	3.551,8
65-74 år	1.813	544,4	22.809	6.860,7
75+ år	2.890	1.068,0	32.168	12.090,6
I alt for kvinder	6.832	284,2	80.053	3.341,3
I alt for kvinder 30+ år	6.801	360,3	79.781	4.240,5

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.114 og 1.284 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 18,2 % og 18,9 % færre nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 22.540 og 14.715 færre sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 18,2 % og 18,4 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Table 14.1.2** Iskæmisk hjertesygdom. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		
I alt	18.419	493.9	3.398	18,5	203.361	5.444,3	37.255	18,3
<b>Mænd</b>								
Grundskole	3.571	780,0	981	27,5	39.226	8.432,0	10.929	27,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	5.275	675,8	1.133	21,5	56.222	7.144,6	11.611	20,7
Videregående	2.299	534,2	ref.	ref.	24.333	5.692,8	ref.	ref.
Uoplyst	473	871,4			3.799	7.660,6		
I alt for mænd	11.618	668,6	2.114	18,2	123.580	7.080,9	22.540	18,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	2.963	416,6	746	25,2	35.211	5.101,5	9.316	26,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	2.323	333,6	539	23,2	27.143	3.871,9	5.398	19,9
Videregående	1.220	255,7	ref.	ref.	14.920	3.091,2	ref.	ref.
Uoplyst	296	462,7			2.508	4.641,6		
I alt for kvinder	6.801	337,2	1.284	18,9	79.781	3.986,2	14.715	18,4

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.



## 14.2 Iskæmisk hjertesygdom og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 518 og 671 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med iskæmisk hjertesygdom højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 1,9 % og 2,5 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 14.2.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	1.189	5,4	2,2
<b>Mænd</b>			
30-49 år	22	2,3	2,4
50-64 år	-16	-0,4	-0,4
65-74 år	80	1,8	1,2
75+ år	433	10,5	2,8
I alt for mænd 30+ år	518	3,9	1,9
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	9	1,8	1,7
50-64 år	20	0,9	0,8
65-74 år	115	4,7	2,5
75+ år	526	15,3	2,8
I alt for kvinder 30+ år	671	7,8	2,5

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at

det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 99 og 321 færre dødsfald blandt mænd og kvinder, hvis dødeligheden blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 19,1 % og 47,8 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 14.2.2** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+ årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	1.189	5,8	420	35,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	203	4,8	74	36,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	211	3,4	25	11,9
Videregående	80	3,0	ref.	ref.
Uoplyst	24	5,6		
I alt for mænd	518	3,8	99	19,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	376	9,9	244	65,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	179	6,1	77	42,9
Videregående	56	3,5	ref.	ref.
Uoplyst	60	21,9		
I alt for kvinder	671	7,8	321	47,8

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

### 14.3 Iskæmisk hjertesygdom og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 16.860 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Kvinder i aldersgruppen 16-29 år udgør en lille andel af alle kvinder med iskæmisk hjertesygdom, hvorfor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i gruppen er lavt. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 8,0 % og 3,4 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 73.256 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden

iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 10,5 % og 6,5 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 91 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.3.1). For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 301 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

**Tabel 14.3.1** Iskæmisk hjertesygdom. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	16.860	76,3	5,5	73.256	331,5	8,4
I alt 30+ år	16.821	76,4	6,1	73.012	331,6	9,5
<b>Mænd</b>						
16-29 år	14	30,2	0,1	144	310,8	0,5
30-49 år	807	86,5	3,9	3.445	369,6	5,9
50-64 år	3.321	84,1	8,3	11.161	282,7	11,7
65-74 år	4.012	90,9	9,6	12.856	291,3	12,7
75+ år	3.078	74,4	10,7	15.625	377,5	12,5
I alt for mænd	11.231	83,3	8,0	43.232	320,7	10,5
I alt for mænd 30+ år	11.217	83,5	8,5	43.088	320,8	11,3
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	25	81,1	0,1	100	330,8	0,1
30-49 år	359	68,8	0,9	1.880	360,0	2,1
50-64 år	1.443	66,7	3,6	6.139	283,9	8,1
65-74 år	1.817	74,0	5,2	7.945	323,7	9,8
75+ år	1.985	57,6	6,7	13.959	404,7	9,7
I alt for kvinder	5.628	65,3	3,4	30.024	348,4	6,5
I alt for kvinder 30+ år	5.604	65,2	3,9	29.924	348,4	7,7
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	91	0,4	0,8	301	1,4	0,8
I alt 30+ år	85	0,4	1,1	272	1,2	1,0

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med iskæmisk hjertesygdom. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt både mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 184 og 126 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,6 % og 2,2 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 6.397 og 6.372 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 14,8 % og 21,3 % færre ekstra akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 14.3.2** Iskæmisk hjertesygdom. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser					Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)	
<b>Somatiske indlæggelser</b>									
I alt	16.821	74,1	-310	-1,8	73.012	333,4	12.769	17,5	
<b>Mænd</b>									
Grundskole	3.296	77,2	-306	-9,3	14.776	346,2	3.298	22,3	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	5.294	86,4	122	2,3	19.583	319,4	3.098	15,8	
Videregående	2.240	84,4	ref.	ref.	7.139	268,9	ref.	ref.	
Uoplyst	387	91,0			1.590	374,0			
I alt for mænd	11.217	83,2	-184	-1,6	43.088	319,7	6.397	14,8	
<b>Kvinder</b>									
Grundskole	2.311	61,0	-208	-9,0	14.941	394,2	4.760	31,9	
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.037	69,3	82	4,0	9.514	323,4	1.612	16,9	
Videregående	1.072	66,5	ref.	ref.	4.331	268,6	ref.	ref.	
Uoplyst	184	67,0			1.137	414,8			
I alt for kvinder	5.604	65,0	-126	-2,2	29.924	347,2	6.372	21,3	

Datakilde: Landspatientregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og somatiske akutte indlæggelser er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.4 Iskæmisk hjertesygdom og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 300.834 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 4,9 % og 2,0 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 29.979 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.4.1). Når der

tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede antal kontakter er lavest. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 3,7 % og 2,9 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 4.720 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.4.1). For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 720 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

**Tabel 14.4.1** Iskæmisk hjertesygdom. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	300.834	1.361,4	3,2	29.979	135,7	3,3
I alt 30+ år	300.102	1.362,8	3,6	29.767	135,2	4,4
<b>Mænd</b>						
16-29 år	239	515,1	0,1	124	268,2	0,1
30-49 år	17.855	1.915,1	2,5	1.852	198,6	1,6
50-64 år	61.906	1.568,3	5,7	4.826	122,3	5,3
65-74 år	63.478	1.438,1	6,1	4.428	100,3	7,3
75+ år	47.149	1.139,2	6,4	5.323	128,6	8,3
I alt for mænd	190.626	1.414,3	4,9	16.553	122,8	3,7
I alt for mænd 30+ år	190.388	1.417,4	5,3	16.429	122,3	4,9
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	493	1.626,5	0,1	88	290,2	0,1
30-49 år	10.453	2.001,5	0,7	1.252	239,7	1,1
50-64 år	32.420	1.499,3	2,2	3.214	148,7	3,7
65-74 år	34.754	1.416,0	3,3	3.582	145,9	6,1
75+ år	32.087	930,2	4,0	5.290	153,4	6,2
I alt for kvinder	110.207	1.278,7	2,0	13.426	155,8	2,9
I alt for kvinder 30+ år	109.715	1.277,5	2,3	13.338	155,3	3,9
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	4.720	21,4	0,4	720	3,3	1,2
I alt 30+ år	4.603	20,9	0,7	683	3,1	1,7

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.



### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske kontakter pr. 1.000 personer er højere blandt personer med videregående uddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 10.387 og 14.279 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 5,5 % og 13,0 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.4.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd med iskæmisk hjertesygdom, hvor det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt personer med grundskole, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være 529 færre og 115 flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 3,2 % færre somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 0,9 % flere somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 14.4.2** Iskæmisk hjertesygdom. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	300.102	1.342,7	-24.667	-8,2	29.767	138,3	414	1,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	54.411	1.274,7	-8.912	-16,4	5.533	129,6	564	10,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	89.468	1.459,5	-1.475	-1,6	7.102	115,9	-35	-0,5
Videregående	39.389	1.483,5	ref.	ref.	3.091	116,4	ref.	ref.
Uoplyst	7.120	1.675,1			702	165,2		
I alt for mænd	190.388	1.412,5	-10.387	-5,5	16.429	121,9	529	3,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	46.923	1.237,9	-7.912	-16,9	5.989	158,0	139	2,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	36.190	1.230,2	-6.367	-17,6	4.285	145,7	-255	-5,9
Videregående	23.328	1.446,7	ref.	ref.	2.489	154,3	ref.	ref.
Uoplyst	3.274	1.194,1			575	209,8		
I alt for kvinder	109.715	1.273,0	-14.279	-13,0	13.338	154,8	-115	-0,9

Datakilde: Landspatientregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.5 Iskæmisk hjertesygdom og praksissektor

Der er årligt 1.031.166 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med iskæmisk hjertesygdom højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 3,1 % og 1,6 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 14.5.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.031.166	4.666,4	2,2
I alt 30+ år	1.028.790	4.671,9	2,5
<b>Mænd</b>			
16-29 år	1.302	2.808,8	0,1
30-49 år	43.020	4.614,4	1,2
50-64 år	175.021	4.433,9	3,7
65-74 år	191.850	4.346,5	4,5
75+ år	167.714	4.052,1	4,4
I alt for mænd	578.907	4.294,9	3,1
I alt for mænd 30+ år	577.605	4.300,1	3,5
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	1.074	3.545,2	0,0
30-49 år	29.847	5.715,1	0,4
50-64 år	117.171	5.418,6	1,9
65-74 år	134.487	5.479,5	2,7
75+ år	169.680	4.919,0	3,0
I alt for kvinder	452.259	5.247,4	1,6
I alt for kvinder 30+ år	451.185	5.253,4	1,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal kontak-

ter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 34.647 og 28.469 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom, hvis kontaktmønsteret blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 6,0 % og 6,3 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 14.5.2** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	1.028.790	4.760,1	63.116	6,1
<b>Mænd</b>				
Grundskole	185.302	4.341,2	14.983	8,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	264.273	4.311,0	19.665	7,4
Videregående	105.943	3.990,2	ref.	ref.
Uoplyst	22.087	5.196,3		
I alt for mænd	577.605	4.285,3	34.647	6,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	204.152	5.386,0	18.760	9,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	153.590	5.221,1	9.709	6,3
Videregående	78.869	4.891,1	ref.	ref.
Uoplyst	14.574	5.315,1		
I alt for kvinder	451.185	5.234,9	28.469	6,3

Datakilde: Sygesikringsregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.6 Iskæmisk hjertesygdom og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 343.918 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 2,7 % og 0,8 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 14.6.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal sygedage blandt personer med iskæmisk hjertesygdom, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	343.918	6.089,74	1,6
I alt 30+ år	341.082	6.114,55	1,8
<b>Mænd</b>			
16-29 år	1.893	4.292,52	0,2
30-49 år	58.417	7.066,72	1,5
50-64 år	185.448	6.234,80	4,8
I alt for mænd	245.758	6.391,38	2,7
I alt for mænd 30+ år	243.865	6.415,73	3,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	943	3.297,20	0,1
30-49 år	28.066	6.420,22	0,5
50-64 år	69.151	5.011,85	1,4
I alt for kvinder	98.160	5.318,88	0,8
I alt for kvinder 30+ år	97.217	5.350,71	0,9

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.7 Iskæmisk hjertesygdom og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 199 og 120 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt erhvervsaktive mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30-64 år sammenlignet med mænd og kvinder uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal

personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med iskæmisk hjertesygdom højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom udgør henholdsvis 4,4 % og 2,4 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder, der er 30-64 år.

**Tabel 14.7.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af iskæmisk hjertesygdom, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	319	5,7	3,3
<b>Mænd</b>			
30-49 år	38	4,6	2,4
50-64 år	161	5,4	5,5
I alt for mænd 30-64 år	199	5,2	4,4
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	45	10,2	2,4
50-64 år	75	5,5	2,3
I alt for kvinder 30-64 år	120	6,6	2,4

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne aldersgruppe.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 14.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med iskæmisk hjertesygdom er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse.

Blandt kvinder er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 51 og 17 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønstret for førtidspensionering blandt personer med iskæmisk hjertesygdom var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 25,7 % og 14,0 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med iskæmisk hjertesygdom i alderen 30-64 år.

**Tabel 14.7.2** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med iskæmisk hjertesygdom og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	319	5,9	68	21,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	76	8,0	39	51,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	83	4,5	12	14,2
Videregående	32	3,8	ref.	ref.
Uoplyst	9	5,2		
I alt for mænd	199	5,2	51	25,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	28	6,7	4	14,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	57	7,4	13	22,2
Videregående	32	5,7	ref.	ref.
Uoplyst	2	3,7		
I alt for kvinder	120	6,6	17	14,0

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.8 Iskæmisk hjertesygdom og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.661,0 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.8.1). Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør

langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin og praksissektoren. Det negative estimat under hjemmehjælp er et udtryk for, at der årligt er færre omkostninger til hjemmehjælp blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom.

**Tabel 14.8.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med iskæmisk hjertesygdom opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	98,0	3.270,3	337,2	-44,5	3.661,0
<b>Mænd</b>					
16-29 år	0,1	5,0	0,1	-	5,2
30-49 år	4,2	169,9	10,5	-1,1	183,5
50-64 år	17,0	621,8	57,6	-9,5	686,9
65-74 år	18,7	735,7	71,7	-20,7	805,4
75+ år	16,2	636,1	51,4	-21,2	682,5
I alt pr. 1.000 mænd	0,4	16,1	1,4	-0,4	17,5
I alt for mænd	56,4	2.168,4	191,4	-52,5	2.363,7
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	0,1	3,7	0,1	-	3,9
30-49 år	2,7	83,8	7,8	0,5	94,8
50-64 år	10,8	251,0	36,5	6,7	305
65-74 år	12,4	322,5	46,1	4,1	385,1
75+ år	15,7	440,9	55,2	-3,3	508,5
I alt pr. 1.000 kvinder	0,5	12,8	1,7	0,1	15,1
I alt for kvinder	41,6	1.101,9	145,8	8,0	1.297,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.



## 14.9 Iskæmisk hjertesygdom og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 1.836,6 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD (Tabel 14.9.1).

Ekstra omkostninger grundet nytilkendte førtidspensioner udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til langvarigt sygefravær og tidlig død.

**Tabel 14.9.1** Iskæmisk hjertesygdom. Ekstra produktionstab blandt personer med iskæmisk hjertesygdom opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	543,8	1.083,1	209,7	1.836,6
<b>Mænd</b>				
16-29 år	2,2	-	-	2,2
30-49 år	108,7	254,0	144,6	507,3
50-64 år	298,4	417,0	-0,2	715,2
I alt pr. 1.000 mænd	3,0	5,0	1,1	9,1
I alt for mænd	409,3	676,9	144,5	1.230,7
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	0,8	-	-	0,8
30-49 år	42,8	235,3	50,4	328,5
50-64 år	90,8	168,3	14,8	273,9
I alt pr. 1.000 kvinder	1,6	4,7	0,8	7,1
I alt for kvinder	134,5	406,2	65,2	605,9

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset myokardieinfarkt og CVD.

## 14.10 Referencer

1. Hjerteforeningen. Iskæmisk hjertesygdom [09.09.2022]. Available from: <https://hjerterforeningen.dk/min-hjerte-kar-sygdom/iskæmisk-hjertesygdom/>.
2. Hjerteforeningen. HjerteTal - Tilfælde i alt [Available from: [https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?\\_inputs\\_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v2%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22](https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?_inputs_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v2%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22)].
3. Hjerteforeningen. HjerteTal [Available from: [https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?\\_inputs\\_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v1%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22](https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?_inputs_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v1%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22)].
4. Hjerteforeningen. HjerteTal [Available from: [https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?\\_inputs\\_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v13%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22](https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?_inputs_&agCVD=%22national%22&varCVD=%22v13%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22)].
5. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. 2011.
6. Whayne TF, Jr., Saha SP. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Ischemic Heart Disease. *Current cardiology reports*. 2019;21(1):1.
7. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nature reviews Cardiology*. 2017;14(3):145-55.
8. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of cellular physiology*. 2019;234(10):16812-23.
9. Hjerteforeningen. HjerteTal - Iskæmisk hjertesygdom: tilfælde i alt (35+ årige) 2018: Hjerteforeningen; [Available from: [https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?\\_inputs\\_&agCVD=%22age%22&varCVD=%22v2%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22](https://hjerterforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?_inputs_&agCVD=%22age%22&varCVD=%22v2%22&oCVD=%22d9%22&bar=%22cvd%22&year=%222018%22)].



# 15

## Apopleksi

# 15. Apopleksi

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med apopleksi i forhold til personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med apopleksi i forhold til personer uden apopleksi.

I Danmark er der årligt 13.456 nye sygdomstilfælde af apopleksi, og 80.354 personer lever med apopleksi i perioden 2017-2018.

Blandt personer med apopleksi, i forhold til personer uden apopleksi, er der årligt:

- 1.825 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 3,4 % af alle dødsfald.
- 2.676 ekstra antal planlagte og 29.319 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 0,9 % og 3,4 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 63.860 færre planlagte og 11.263 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 0,7 % færre og 1,2 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 88.768 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 0,2 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 270.717 ekstra sygedage svarende til 1,2 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 387 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 4,0 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 2.117,9 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin i sundhedssektoren.
- 2.054,6 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde, dødelighed og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. For planlagte somatiske indlæggelser og kontakter til alment praktiserende læge ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en omvendt gradient, hvor den ekstra byrde falder med kortere uddannelse.

Apopleksi er en fællesbetegnelse for en blodprop (hjerneinfarkt) eller hjerneblødning i hjernen, som kan skyldes åreforkalkning, en løsreven trombeemboli, typisk fra hjertet, eller forhøjet blodtryk (1). En blodprop i hjernen er væsentligt hyppigere (85 %) end en hjerneblødning (1). Hyppige symptomer på apopleksi omfatter ensidig lammelse af arme og ben, hængende mundvig, taleforstyrrelser, synstab, koordinations- og balanceproblemer samt hovedpine. Symptomerne på apopleksi og alvorligheden af disse afhænger af, hvilke områder af hjernen der rammes samt den tilgrundliggende årsag (1).

Apopleksi er en af de hyppigste dødsårsager i Danmark. 70-80 % overlever det første år efter apopleksi. Hjerneblødning har dog en dårligere prognose i den akutte fase, idet dødeligheden er 2-3 gange højere i løbet af den første måned, hvorefter dødeligheden er den samme som ved en blodprop (2). Forekomsten af apopleksi forventes at stige i takt med et stigende antal ældre i befolkningen, idet

alder har stor betydning for udviklingen af apopleksi (1). Det skyldes blandt andet, at blodårerne bliver mere forkalkede med alderen, hvilket kan resultere i forhøjet blodtryk og atrieflimren, som er væsentlige risikofaktorer for apopleksi blandt ældre personer (1). Blandt yngre personer skyldes apopleksien ofte en medfødt hjertekarlidelse eller brug af prævention indeholdende østrogen (3). Øvrige risikofaktorer omfatter forhøjet kolesterol, diabetes, rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og genetiske faktorer (1).

Opgørelser i dette kapitel er baseret på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret. Der gøres opmærksom på uoverensstemmelser mellem populationer dannet på baggrund af LPR og populationer fra Dansk Apopleksi Register, således vurderes populationer baseret på LPR og DAR at være overestimeret (4-6). Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.



## 15.1 Forekomst af apopleksi

Der er årligt i 13.456 nye sygdomstilfælde af apopleksi i perioden 2017-2018. Heraf er 7.243 mænd og 6.213 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 308,4 pr. 100.000 personår blandt mænd og 258,5 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 15.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), stiger antallet af nye sygdomstilfælde af apopleksi med stigende alder.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af apopleksi viser, at der årligt er 80.354 personer, som lever med apopleksi i Danmark. Heraf er 44.176 mænd og 36.179 kvinder, svarende til henholdsvis 1.887,1 pr. 100.000 mænd og 1.510,1 pr. 100.000 kvinder (Tabel 15.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde af apopleksi med stigende alder. Således ses langt den største forekomst af apopleksi blandt personer på 75 år eller derover.

**Tabel 15.1.1** Apopleksi. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	13.456	283,1	80.354	1.696,4
I alt 30+ år	13.342	360,9	79.527	2.158,4
<b>Mænd</b>				
16-29 år	51	9,4	412	76,6
30-49 år	518	70,8	3.236	442,1
50-64 år	1.792	316,3	11.616	2.059,2
65-74 år	2.159	687,1	14.117	4.500,3
75+ år	2.724	1.374,6	14.795	7.649,5
I alt for mænd	7.243	308,4	44.176	1.887,1
I alt for mænd 30+ år	7.192	397,5	43.764	2.427,1
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	64	12,3	416	80,8
30-49 år	379	52,8	3.037	422,3
50-64 år	1.020	180,1	8.063	1.430,1
65-74 år	1.435	430,9	8.995	2.705,4
75+ år	3.316	1.225,7	15.669	5.889,3
I alt for kvinder	6.213	258,5	36.179	1.510,1
I alt for kvinder 30+ år	6.150	325,9	35.763	1.900,9

Datakilde: Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af apopleksi er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.324 og 828 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 18,4 % og 13,5 % færre nye sygdomstilfælde af apopleksi blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af apopleksi er tilsvarende kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 7.711 og 5.759 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af apopleksi i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 17,6 % og 16,1 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder.

**Tabel 15.1.2** Apopleksi. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
I alt	13.342	356,6	2.152	16,1	79.527	2.128,2	13.470	16,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.361	501,6	638	27,0	14.073	3.020,6	3.766	26,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	3.225	427,5	686	21,3	19.859	2.570,2	3.946	19,9
Videregående	1.382	341,7	ref.	ref.	8.641	2.076,8	ref.	ref.
Uoplyst	225	449,6			1.191	2.384,9		
I alt for mænd	7.192	422,1	1.324	18,4	43.764	2.530,5	7.711	17,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	2.852	358,8	516	18,1	15.539	2.224,2	3.555	22,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.994	292,6	312	15,7	12.312	1.775,8	2.204	17,9
Videregående	1.073	247,4	ref.	ref.	6.851	1.457,1	ref.	ref.
Uoplyst	232	307,0			1.062	1.719,1		
I alt for kvinder	6.150	296,8	828	13,5	35.763	1.772,7	5.759	16,1

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.



## 15.2 Apopleksi og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 819 og 1.005 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer

med apopleksi højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 3,1 % og 3,8 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 15.2.1** Apopleksi. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	1.825	19,9	3,4
<b>Mænd</b>			
30-49 år	9	2,4	1,0
50-64 år	80	6,0	2,1
65-74 år	225	13,9	3,4
75+ år	505	29,4	3,3
I alt for mænd 30+ år	819	16,2	3,1
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	15	4,3	2,6
50-64 år	59	6,5	2,4
65-74 år	204	19,7	4,5
75+ år	727	39,4	3,8
I alt for kvinder 30+ år	1.005	24,3	3,8

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med apopleksi er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal døds-

fald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 116 og 278 færre dødsfald blandt mænd og kvinder, hvis dødeligheden blandt personer med apopleksi var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 14,1 % og 27,7 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 15.2.2** Apopleksi. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med apopleksi og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	1.825	20,1	394	21,6
<b>Mænd</b>				
Grundskole	307	18,6	85	27,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	340	14,7	30	8,9
Videregående	134	13,4	ref.	ref.
Uoplyst	38	27,0		
I alt for mænd	819	16,1	116	14,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	540	29,6	243	44,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	270	18,8	36	13,2
Videregående	129	16,3	ref.	ref.
Uoplyst	66	52,6		
I alt for kvinder	1.005	24,1	278	27,7

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### 15.3 Apopleksi og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 2.676 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med apopleksi højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede ekstra antal kontakter er lavest. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 0,9 % og 0,8 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 29.319 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har

samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med apopleksi højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 3,8 % og 3,0 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med apopleksi er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 65 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.3.1). For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 60 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

**Tabel 15.3.1** Apopleksi. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	2.676	28,9	0,9	29.319	316,2	3,4
I alt 30+ år	2.568	28,0	0,9	28.962	315,6	3,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	57	122,5	0,6	171	370,4	0,6
30-49 år	232	62,0	1,1	1.122	299,6	1,9
50-64 år	460	34,4	1,1	3.840	287,1	4,0
65-74 år	421	26,0	1,0	4.852	299,7	4,8
75+ år	109	6,3	0,4	5.659	329,7	4,5
I alt for mænd	1.279	25,1	0,9	15.645	307,1	3,8
I alt for mænd 30+ år	1.222	24,2	0,9	15.474	306,6	4,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	51	106,6	0,3	186	387,6	0,3
30-49 år	271	79,5	0,7	927	271,7	1,0
50-64 år	408	45,1	1,0	2.315	255,3	3,1
65-74 år	356	34,4	1,0	3.588	345,9	4,4
75+ år	310	16,8	1,0	6.659	360,7	4,6
I alt for kvinder	1.397	33,4	0,8	13.674	327,2	3,0
I alt for kvinder 30+ år	1.346	32,6	0,9	13.489	326,5	3,5
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	65	0,7	0,6	60	0,6	0,2
I alt 30+ år	65	0,7	0,8	45	0,5	0,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med apopleksi er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 572 og 508 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 46,8 % og 37,7 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

### **Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som

længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd med apopleksi, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er lavest blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med apopleksi, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 304 flere og 334 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,0 flere % og 2,5 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

**Table 15.3.2** Apopleksi. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med apopleksi og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	2.568	28,1	-1.079	-42,0	28.962	313,3	30	0,1
<b>Mænd</b>								
Grundskole	279	16,9	-306	-109,7	4.856	295,0	-237	-4,9
Erhvervsfaglig/ gymnasial	552	23,9	-266	-48,2	7.066	306,5	-67	-1,0
Videregående	355	35,5	ref.	ref.	3.095	309,4	ref.	ref.
Uoplyst	36	25,5			456	322,5		
I alt for mænd	1.222	24,0	-572	-46,8	15.474	303,8	-304	-2,0
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	472	25,9	-352	-74,5	6.014	329,6	321	5,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	492	34,3	-156	-31,8	4.491	312,9	13	0,3
Videregående	358	45,1	ref.	ref.	2.474	312,0	ref.	ref.
Uoplyst	25	19,6			509	405,9		
I alt for kvinder	1.346	32,2	-508	-37,7	13.489	322,8	334	2,5

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.4 Apopleksi og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter  
Der er årligt 63.860 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede ekstra antal kontakter er lavest. De negative estimater blandt mænd i alderen 50 år eller derover og blandt kvinder i alderen 30 år eller derover er et udtryk for, at der ses færre planlagte ambulante kontakter blandt personer med apopleksi i disse aldersgrupper sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 11.263 ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med apop-

leksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. De udgør hver især en relativ lille andel af populationen, hvorfor deres samlede ekstra antal kontakter er lavest. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 1,3 % og 1,2 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med apopleksi er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 969 færre planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.4.1). For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 195 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

**Table 15.4.1** Apopleksi. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akkutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	-63.860	-688,7	-0,7	11.263	121,5	1,2
I alt 30+ år	-64.376	-701,4	-0,8	11.052	120,4	1,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	123	267,3	0,0	99	214,9	0,1
30-49 år	686	183,2	0,1	439	117,3	0,4
50-64 år	-7.692	-575,0	-0,7	1.548	115,8	1,7
65-74 år	-13.928	-860,2	-1,3	1.908	117,9	3,2
75+ år	-17.512	-1.020,4	-2,4	1.901	110,8	3,0
I alt for mænd	-38.322	-752,4	-1,0	5.897	115,8	1,3
I alt for mænd 30+ år	-38.446	-761,7	-1,1	5.797	114,9	1,7
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	392	819,1	0,0	112	234,3	0,1
30-49 år	-988	-289,8	-0,1	474	139,0	0,4
50-64 år	-4.809	-530,5	-0,3	1.153	127,2	1,3
65-74 år	-7.658	-738,3	-0,7	1.388	133,8	2,4
75+ år	-12.475	-675,8	-1,6	2.239	121,3	2,6
I alt for kvinder	-25.537	-611,1	-0,5	5.367	128,4	1,2
I alt for kvinder 30+ år	-25.930	-627,7	-0,5	5.254	127,2	1,5
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	-969	-10,4	-0,1	195	2,1	0,3
I alt 30+ år	-843	-9,2	-0,1	164	1,8	0,4

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjørt blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der ses færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder med apopleksi i alle uddannelsesgrupper sammenlignet med mænd og kvinder uden apopleksi (Tabel 15.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd med apopleksi er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter er højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt været henholdsvis 17.392 og 7.982 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer apopleksi, hvis kontaktmønsteret blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 45,2 % og 30,8 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.4.2). Der ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd med apopleksi, hvor det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er lavest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens antallet er nogenlunde ens blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være 181 flere og 403 færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 3,1 % flere og 7,7 % færre somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 15.4.2** Apopleksi. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med apopleksi og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	-64.376	-687,7	-25.374	39,4	11.052	119,8	222	2,0
<b>Mænd</b>								
Grundskole	-15.011	-911,9	-8.545	56,9	1.684	102,3	-253	-15,0
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-17.902	-776,5	-8.847	49,4	2.784	120,8	72	2,6
Videregående	-3.929	-392,8	ref.	ref.	1.177	117,6	ref.	ref.
Uoplyst	-1.603	-1.133,6			153	108,0		
I alt for mænd	-38.446	-754,8	-17.392	45,2	5.797	113,8	-181	-3,1
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	-12.089	-662,5	-4.345	35,9	2.237	122,6	153	6,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	-9.728	-677,7	-3.637	37,4	1.890	131,7	250	13,2
Videregående	-3.365	-424,4	ref.	ref.	906	114,2	ref.	ref.
Uoplyst	-748	-595,9			222	176,7		
I alt for kvinder	-25.930	-620,5	-7.982	30,8	5.254	125,7	403	7,7

Datakilde: Landspatientregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.5 Apopleksi og praksissektor

Der er årligt 88.768 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med apopleksi højest blandt både mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

**Tablet 15.5.1** Apopleksi. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	88.768	957.4	0.2
I alt 30+ år	88.350	962.6	0.2
<b>Mænd</b>			
16-29 år	219	474.1	0.0
30-49 år	6.052	1.615,9	0.2
50-64 år	20.439	1.527,9	0.4
65-74 år	14.366	887,3	0.3
75+ år	6.403	373.1	0.2
I alt for mænd	47.480	932.1	0.3
I alt for mænd 30+ år	47.261	936.3	0.3
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	199	414,8	0.0
30-49 år	4.274	1.253,2	0.1
50-64 år	14.421	1.590,8	0.2
65-74 år	14.225	1.371,4	0.3
75+ år	8.170	442,6	0.1
I alt for kvinder	41.288	988,1	0.1
I alt for kvinder 30+ år	41.090	994,7	0.2

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.5.2). Den sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med apopleksi er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse.

Der ville årligt være 18.477 og 24.703 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med apopleksi, hvis kontaktmønsteret blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 39,1 % og 60,1 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 15.5.2** Apopleksi. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med apopleksi og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	88.350	955,6	-43.180	-48,9
<b>Mænd</b>				
Grundskole	9.185	558,0	-12.101	-131,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	23.439	1.016,6	-6.376	-27,2
Videregående	12.937	1.293,1	ref.	ref.
Uoplyst	1.699	1.201,8		
I alt for mænd	47.261	927,8	-18.477	-39,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	10.683	585,4	-18.305	-171,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	16.405	1.142,9	-6.398	-39,0
Videregående	12.597	1.588,6	ref.	ref.
Uoplyst	1.405	1.119,3		
I alt for kvinder	41.090	983,3	-24.703	-60,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.6 Apopleksi og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 270.717 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 1,9 % og 0,8 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 15.6.1** Apopleksi. Ekstra antal sygedage blandt personer med apopleksi, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	270.717	12.814,4	1,2
I alt 30+ år	266.054	13.150,8	1,4
<b>Mænd</b>			
16-29 år	2.531	5.751,9	0,2
30-49 år	50.152	16.015,2	1,3
50-64 år	120.343	13.310,9	3,1
I alt for mænd	173.026	13.718,6	1,9
I alt for mænd 30+ år	170.495	14.006,6	2,2
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	2.132	4.686,6	0,1
30-49 år	35.087	12.655,3	0,6
50-64 år	60.472	11.439,9	1,2
I alt for kvinder	97.691	11.474,8	0,8
I alt for kvinder 30+ år	95.559	11.800,5	0,9

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.7 Apopleksi og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt henholdsvis 226 og 161 ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30-64 år sammenlignet med mænd og kvinder uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med apopleksi højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med apopleksi udgør henholdsvis 5,0 % og 3,2 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder, der er 30-64 år.

**Tabel 15.7.1** Apopleksi. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af apopleksi, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med apopleksi og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	387	19,1	4,0
<b>Mænd</b>			
30-49 år	33	10,4	2,1
50-64 år	193	21,4	6,6
I alt for mænd 30-64 år	226	18,6	5,0
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	41	14,8	2,2
50-64 år	120	22,7	3,7
I alt for kvinder 30-64 år	161	20,0	3,2

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med apopleksi ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 15.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med apopleksi er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med

nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 92 og 30 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med apopleksi var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 40,6 % og 18,4 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med apopleksi i alderen 30-64 år.

**Tabel 15.7.2** Apopleksi. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med apopleksi og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	387	19,3	121	31,3
<b>Mænd</b>				
Grundskole	85	28,5	53	62,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	102	17,0	38	37,5
Videregående	30	10,7	ref.	ref.
Uoplyst	9	23,0		
I alt for mænd	226	18,6	92	40,6
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	45	25,8	16	35,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	72	20,3	13	18,6
Videregående	42	16,5	ref.	ref.
Uoplyst	1	6,8		
I alt for kvinder	161	20,0	30	18,4

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.8 Apopleksi og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 2.117,9 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.8.1). Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør

langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp, mens ekstra omkostninger til praksissektoren kun udgør en lille andel af de samlede ekstra omkostninger. Det negative estimat under medicin er et udtryk for, at der årligt er færre ekstra omkostninger til medicin blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi.

**Tabel 15.8.1** Apopleksi. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med apopleksi opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	11,6	1.550,9	-24,8	580,1	2.117,9
<b>Mænd</b>					
16-29 år	0,0	14,9	0,0	-	14,9
30-49 år	0,7	95,4	-3,3	8,0	100,8
50-64 år	2,4	235,8	-9,7	63,2	291,7
65-74 år	1,9	255,7	-8,1	104,9	354,4
75+ år	1,3	225,7	0,9	142,4	370,3
I alt pr. 1.000 mænd	0,1	16,2	-0,4	6,3	22,2
I alt for mænd	6,3	827,6	-20,3	318,4	1.132,0
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	0,0	13,1	-0,3	-	12,8
30-49 år	0,5	77,5	-2,4	5,0	80,6
50-64 år	1,5	166,7	-4,7	47,8	211,3
65-74 år	1,7	178,0	-1,2	70,5	249,0
75+ år	1,6	288,1	4,1	138,4	432,2
I alt pr. 1.000 kvinder	0,1	17,3	-0,1	6,3	23,6
I alt for kvinder	5,3	723,3	-4,5	261,8	985,9

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.



## 15.9 Apopleksi og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 2.054,6 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der

har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed (Tabel 15.9.1). Ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger grundet tidlig dødt og langvarigt sygefravær.

**Tabel 15.9.1** Apopleksi. Ekstra produktionstab blandt personer med apopleksi opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	427,2	1.239,5	387,9	2.054,6
<b>Mænd</b>				
16-29 år	2,5	-	-	2,5
30-49 år	92,6	215,0	63,2	370,8
50-64 år	196,2	500,9	126,7	823,8
I alt pr. 1.000 mænd	5,7	14,2	3,7	23,6
I alt for mænd	291,1	721,6	189,9	1.202,6
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	1,9	-	-	1,9
30-49 år	52,5	231,7	79,0	363,2
50-64 år	81,8	282,5	119,0	483,3
I alt pr. 1.000 kvinder	3,3	12,4	4,7	20,4
I alt for kvinder	136,1	517,9	198,0	852,0

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed.

## 15.10 Referencer

1. Hankey GJ. Stroke. *Lancet* (London, England). 2017;389(10069):641-54.
2. Patienthåndbogen. Apopleksi 2019 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/apopleksi/apopleksi-blodprop-eller-bloedning-i-hjernen/>].
3. George MG. Risk Factors for Ischemic Stroke in Younger Adults: A Focused Update. *Stroke*. 2020;51(3):729-35.
4. Lühdorf P, Overvad K, Schmidt EB, Johnsen SP, Bach FW. Predictive value of stroke discharge diagnoses in the Danish National Patient Register. *Scandinavian journal of public health*. 2017;45(6):630-6.
5. Johnsen SP, Overvad K, Sørensen HT, Tjønneland A, Husted SE. Predictive value of stroke and transient ischemic attack discharge diagnoses in The Danish National Registry of Patients. *Journal of clinical epidemiology*. 2002;55(6):602-7.
6. Krarup LH, Boysen G, Janjua H, Prescott E, Truelsen T. Validity of stroke diagnoses in a National Register of Patients. *Neuroepidemiology*. 2007;28(3):150-4.



# 16

**KOL**  
**kronisk obstruktiv**  
**lungesygdom**

# 16. KOL

## – kronisk obstruktiv lungesygdom

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med KOL i forhold til personer uden KOL, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom. For eksempel hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med KOL i forhold til personer uden KOL.

I Danmark er der årligt 15.404 nye sygdomstilfælde af KOL, og 168.912 personer lever med KOL i perioden 2017-2018.

Blandt personer med KOL, i forhold til personer uden KOL, er der årligt:

- 6.154 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 11,6 % af alle dødsfald.
- 10.202 ekstra antal planlagte og 84.132 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 3,3 % og 9,6 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 230.948 ekstra antal planlagte og 33.128 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 2,4 % og 3,6 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 1.228.366 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 2,6 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 243.802 ekstra sygedage svarende til 1,1 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 661 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 6,9 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 4.721,2 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin i sundhedssektoren.
- 3.925,4 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nye og eksisterende sygdomstilfælde, dødelighed, akutte somatiske indlæggelser- og ambulante kontakter og nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse.

KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres og lungevævet nedbrydes på grund af en kronisk inflammationstilstand. KOL er karakteriseret ved permanent og oftest tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og giver sig til udtryk ved åndedrætsbesvær, hoste og slim i luftvejene samt tilbagevendende akutte forværringer, der ofte kræver kontakt til sundhedsvæsenet. Sygdommen debuterer oftest omkring 40-års alderen (1).

Dødeligheden af KOL er højere i Danmark sammenlignet med andre europæiske lande (2). Dødeligheden har været stigende fra 2014 og frem til 2018, hvorefter der skete et lille fald i dødeligheden i 2019 (3). Det forventes, at udviklingen i dødelighed med forsinkelse vil blive forbedret yderligere som følge af et fald i antal rygere.

I langt de fleste tilfælde (85-90 %) skyldes KOL tobaksrygning inklusiv passiv rygning. Faktorer i tidlig barndom og senere i ungdommen (såsom

infektioner, passiv rygning og astma) spiller også en rolle (4), ligesom indendørs og udendørs luftforurening samt arbejdsmiljø med støv og kemikalier (røg, dampe og irritationsinducerende stoffer) har betydning for udviklingen af sygdommen (5, 6).

Opgørelser i dette kapitel er baseret på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret. Der gøres opmærksom på underrapportering af KOL som tilgrundliggende dødsårsag i Dødsårsagsregisteret (7). Opgørelser af dødelighed er i dette kapitel beregnet som forskellen mellem alle dødsfald blandt personer med KOL og det gennemsnitlige antal dødsfald blandt personer i referencepopulationen. Således ses der ikke specifikt på dødelighed med KOL som tilgrundliggende dødsårsag, hvorfor førnævnte underrapportering ikke vurderes at have betydning for opgørelsen. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 16.1 Forekomst af KOL

Der er årligt 15.404 nye sygdomstilfælde af KOL i perioden 2017-2018. Heraf er 7.788 mænd og 7.616 kvinder, svarende til en rate på henholdsvis 331,6 pr. 100.000 personår blandt mænd og 316,9 pr. 100.000 personår blandt kvinder (Tabel 16.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (rate pr. 100.000 personår), er antallet af nye sygdomstilfælde af KOL højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Opgørelsen over eksisterende tilfælde af KOL viser, at der årligt er 168.912 personer, som lever med KOL i Danmark. Heraf er 78.103 mænd og 90.809 kvinder, svarende til 3.336,4 pr. 100.000 mænd og 3.790,3 pr. 100.000 kvinder (Tabel 16.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af eksisterende sygdomstilfælde af KOL højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

**Tabel 16.1.1** KOL. Nye og eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Nye sygdomstilfælde		Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Rate pr. 100.000 personår	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	15.404	324,1	168.912	3.566,0
I alt 30+ år	15.269	413,0	167.481	4.545,5
<b>Mænd</b>				
16-29 år	53	9,7	646	120,1
30-49 år	547	74,9	4.647	634,8
50-64 år	2.245	396,2	20.149	3.571,8
65-74 år	2.613	831,7	26.408	8.418,4
75+ år	2.332	1.176,6	26.254	13.574,6
I alt for mænd	7.788	331,6	78.103	3.336,4
I alt for mænd 30+ år	7.736	427,5	77.457	4.295,7
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	83	16,0	785	152,6
30-49 år	551	76,7	5.112	710,9
50-64 år	2.128	375,8	23.474	4.163,5
65-74 år	2.368	711,1	29.030	8.731,7
75+ år	2.487	919,3	32.409	12.181,2
I alt for kvinder	7.616	316,9	90.809	3.790,3
I alt for kvinder 30+ år	7.533	399,2	90.024	4.784,9

Datakilde: Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.

### Social ulighed i forekomst

Blandt mænd og kvinder ses den højeste forekomst af nye sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.1.2). Den sociale ulighed i antallet af nye sygdomstilfælde af KOL er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.747 og 2.068 færre nye sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af nye sygdomstilfælde af KOL i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 35,5 % og 27,5 % færre nye sygdomstilfælde af KOL blandt mænd og kvinder.

Blandt mænd og kvinder ses den højeste forekomst af eksisterende sygdomstilfælde blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af KOL er tilsvarende kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 29.105 og 30.291 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af KOL i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 37,6 % og 33,6 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.1.2** KOL. Nye og eksisterende sygdomstilfælde og ekstra nye og eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse. Antal opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Nye sygdomstilfælde				Eksisterende sygdomstilfælde			
	Nye sygdomstilfælde	Rate pr. 100.000 personår	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse		Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra nye sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
I alt	15.269	409,3	4.815	31,5	167.481	4.481,4	59.396	35,5
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.905	635,4	1.449	49,9	30.244	6.499,8	15.429	51,0
Erhvervsfaglig/gymnasial	3.409	434,4	1.298	38,1	33.841	4.342,7	13.676	40,4
Videregående	1.152	272,2	ref.	ref.	10.991	2.632,8	ref.	ref.
Uoplyst	270	535,0			2.382	4.873,7		
I alt for mænd	7.736	443,1	2.747	35,5	77.457	4.460,0	29.105	37,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	3.424	554,2	1.348	39,4	44.945	7.025,6	19.963	44,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	2.602	367,4	720	27,7	29.689	4.211,7	10.329	34,8
Videregående	1.293	263,3	ref.	ref.	13.137	2.717,9	ref.	ref.
Uoplyst	215	429,1			2.254	4.851,0		
I alt for kvinder	7.533	382,2	2.068	27,5	90.024	4.546,6	30.291	33,6

Datakilde: Landspatientregisteret, Lægemedicinstatistikregisteret, Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Rate pr. 100.000 personår og antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret..



## 16.2 KOL og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 2.953 og 3.201 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.2.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer

med KOL højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 11,0 % og 12,1 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.2.1** KOL. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	6.154	33,7	11,6
<b>Mænd</b>			
30-49 år	39	7,6	4,3
50-64 år	428	19,1	11,1
65-74 år	869	30,0	13,1
75+ år	1.617	56,7	10,5
I alt for mænd 30+ år	2.953	34,7	11,0
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	26	4,5	4,6
50-64 år	356	13,9	14,5
65-74 år	870	27,7	19,0
75+ år	1.950	56,0	10,3
I alt for kvinder 30+ år	3.201	32,8	12,1

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 personer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt både mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse ( Tabel 16.2.2). Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med KOL er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000

personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 652 og 1.131 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med KOL hvis dødeligheden blandt personer med KOL var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 22,1 % og 35,3 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.2.2** KOL. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med KOL og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	6.154	33,5	1.782	29,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	1.275	38,1	383	30,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.267	33,8	268	21,2
Videregående	325	26,7	ref.	ref.
Uoplyst	86	32,3		
I alt for mænd	2.953	34,4	652	22,1
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	1.953	40,2	948	48,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	857	26,3	183	21,3
Videregående	301	20,7	ref.	ref.
Uoplyst	90	36,4		
I alt for kvinder	3.201	32,6	1.131	35,3

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og Uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.3 KOL og planlagte og akutte indlæggelser

### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 10.202 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med KOL højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 3,3 % og 3,4 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 84.132 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000

personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med KOL højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 9,4 % og 9,8 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med KOL er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 421 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.3.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med KOL udgør 3,8 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser. For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 1.872 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med KOL udgør 4,8 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Tabel 16.3.1** KOL. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	10.202	55,4	3,3	84.132	457,1	9,6
I alt 30+ år	10.140	55,6	3,7	83.739	458,8	10,9
<b>Mænd</b>						
16-29 år	23	33,5	0,2	108	154,7	0,4
30-49 år	317	61,0	1,5	1.684	324,3	2,9
50-64 år	1.428	63,8	3,6	8.913	398,3	9,3
65-74 år	1.695	58,5	4,1	12.633	435,6	12,5
75+ år	1.171	41,1	4,1	15.298	536,7	12,2
I alt for mænd	4.634	54,0	3,3	38.635	450,5	9,4
I alt for mænd 30+ år	4.611	54,2	3,5	38.527	452,9	10,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	38	44,1	0,2	285	329,0	0,4
30-49 år	442	78,1	1,1	1.914	338,0	2,1
50-64 år	1.590	62,1	4,0	9.500	371,2	12,6
65-74 år	1.933	61,6	5,5	14.603	465,4	18,0
75+ år	1.564	44,9	5,3	19.195	551,4	13,3
I alt for kvinder	5.568	56,6	3,4	45.497	462,8	9,8
I alt for kvinder 30+ år	5.530	56,7	3,8	45.212	464,0	11,6
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	421	2,3	3,8	1.872	10,2	4,8
I alt 30+ år	416	2,3	5,2	1.817	10,0	6,8

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed frasat kronisk lungesygdom.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med KOL. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 200 og 71 færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,3 % og 1,3 % færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.3.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med KOL er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 9.278 og 12.176 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 24,1 % og 26,9 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.3.2** KOL. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med KOL og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	10.140	55,0	271	2,7	83.739	454,6	21.454	25,6
<b>Mænd</b>								
Grundskole	1.726	51,6	10	0,6	16.724	500,0	5.576	33,3
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.112	56,4	190	9,0	16.184	432,2	3.702	22,9
Videregående	627	51,3	ref.	ref.	4.069	333,3	ref.	ref.
Uoplyst	146	54,9			1.551	582,8		
I alt for mænd	4.611	53,8	200	4,3	38.527	449,2	9.278	24,1
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	2.667	54,8	-24	-0,9	25.962	533,7	9.890	38,1
Erhvervsfaglig/ gymnasial	1.901	58,3	95	5,0	13.067	400,5	2.286	17,5
Videregående	806	55,3	ref.	ref.	4.813	330,4	ref.	ref.
Uoplyst	155	62,8			1.369	552,8		
I alt for kvinder	5.530	56,2	71	1,3	45.212	459,9	12.176	26,9

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.4 KOL og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter  
Der er årligt 230.948 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 2,7 % og 2,2 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 33.128 ekstra antal kontakter blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontak-

ter højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 3,3 % og 4,0 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med KOL er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 19.123 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.4.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med KOL udgør 1,7 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter. For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 2.498 ekstra antal kontakter blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med KOL udgør 4,2 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Table 16.4.1** KOL. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	230.948	1.254,6	2,4	33.128	180,0	3,6
I alt 30+ år	228.581	1.252,4	2,7	32.773	179,6	4,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	869	1.244,7	0,3	147	210,4	0,1
30-49 år	7.386	1.422,9	1,0	1.054	203,1	0,9
50-64 år	31.388	1.402,9	2,9	3.959	176,9	4,3
65-74 år	42.843	1.477,4	4,1	4.755	164,0	7,9
75+ år	22.122	776,1	3,0	4.772	167,4	7,4
I alt for mænd	104.609	1.219,7	2,7	14.686	171,2	3,3
I alt for mænd 30+ år	103.740	1.219,5	2,9	14.539	170,9	4,3
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	1.497	1.725,3	0,2	209	240,4	0,2
30-49 år	9.457	1.670,6	0,6	1.555	274,6	1,3
50-64 år	38.690	1.511,7	2,6	4.604	179,9	5,3
65-74 år	44.899	1.431,0	4,3	5.628	179,4	9,6
75+ år	31.795	913,3	4,0	6.446	185,2	7,6
I alt for kvinder	126.338	1.285,1	2,2	18.442	187,6	4,0
I alt for kvinder 30+ år	124.842	1.281,2	2,6	18.233	187,1	5,3
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	19.123	103,9	1,7	2.498	13,6	4,2
I alt 30+ år	18.360	100,6	2,8	2.448	13,4	6,3

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.



**Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Blandt mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.4.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1000 personer er højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med KOL er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 4.613 og 27.618 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL, hvis kontaktmønsteret blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til hen-

holdsvis 4,4 % og 22,1 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Blandt både mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.986 og 2.872 færre akutte ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL, hvis kontaktmønsteret blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 13,7 % og 15,8 % færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.4.2** KOL. Ekstra planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med KOL og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	228.581	1.239,7	-32.231	-14,1	32.773	177,5	4.858	14,8
<b>Mænd</b>								
Grundskole	35.724	1.068,1	-6.982	-19,5	6.108	182,6	1.356	22,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	50.186	1.340,1	2.369	4,7	5.952	158,9	631	10,6
Videregående	15.588	1.276,9	ref.	ref.	1.735	142,1	ref.	ref.
Uoplyst	2.241	842,3			745	279,8		
I alt for mænd	103.740	1.209,6	-4.613	-4,4	14.539	169,5	1.986	13,7
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	55.961	1.150,5	-19.707	-35,2	10.062	206,9	2.553	25,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	42.846	1.313,1	-7.912	-18,5	5.356	164,1	319	6,0
Videregående	22.658	1.555,6	ref.	ref.	2.248	154,4	ref.	ref.
Uoplyst	3.377	1.363,4			567	229,0		
I alt for kvinder	124.842	1.269,9	-27.618	-22,1	18.233	185,5	2.872	15,8

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.5 KOL og praksissektor

Der er årligt 1.228.366 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment prak-

tiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med KOL højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 2,9 % og 2,4 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 16.5.1** KOL. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.228.366	6.673,1	2,6
I alt 30+ år	1.221.413	6.692,3	3,0
<b>Mænd</b>			
16-29 år	2.111	3.022,3	0,1
30-49 år	32.366	6.235,1	0,9
50-64 år	150.601	6.731,1	3,2
65-74 år	187.021	6.449,3	4,4
75+ år	165.467	5.805,3	4,3
I alt for mænd	537.566	6.267,9	2,9
I alt for mænd 30+ år	535.454	6.294,6	3,3
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	4.842	5.581,9	0,1
30-49 år	43.132	7.619,1	0,6
50-64 år	201.499	7.873,2	3,2
65-74 år	233.680	7.447,6	4,7
75+ år	207.648	5.964,5	3,7
I alt for kvinder	690.801	7.026,6	2,4
I alt for kvinder 30+ år	685.958	7.039,5	2,9

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.5.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt hverken mænd eller kvinder med KOL. Det ses ved, at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000

personer er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder. Der ville årligt være henholdsvis 1.749 færre og 14.388 flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med KOL, hvis kontaktmønsteret blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 0,3 % færre og 2,1 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 16.5.2** KOL. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med KOL og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	1.221.413	6.610,3	-12.640	-1,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	210.362	6.289,6	3.108	1,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	230.699	6.160,4	-1.360	-0,6
Videregående	75.652	6.196,7	ref.	ref.
Uoplyst	18.741	7.042,9		
I alt for mænd	535.454	6.243,3	1.749	0,3
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	339.707	6.983,9	-7.243	-2,1
Erhvervsfaglig/gymnasial	225.588	6.913,8	-7.145	-3,2
Videregående	103.889	7.132,8	ref.	ref.
Uoplyst	16.774	6.772,0		
I alt for kvinder	685.958	6.977,4	-14.388	-2,1

Datakilde: Sygesikringsregisteret og uddannelsesregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.6 KOL og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 243.802 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 1,4 % og 0,9 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 16.6.1** KOL. Ekstra antal sygedage blandt personer med KOL, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle syge-dage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	243.802	6.431,4	1,1
I alt 30+ år	240.007	6.592,9	1,3
<b>Mænd</b>			
16-29 år	1.653	2.468,8	0,1
30-49 år	23.678	5.837,1	0,6
50-64 år	99.857	7.188,9	2,6
I alt for mænd	125.188	6.724,6	1,4
I alt for mænd 30+ år	123.535	6.883,3	1,6
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	2.142	2.566,7	0,1
30-49 år	22.367	5.170,3	0,4
50-64 år	94.105	6.659,5	1,9
I alt for kvinder	118.614	6.148,5	0,9
I alt for kvinder 30+ år	116.472	6.310,5	1,0

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.7 KOL og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år er der årligt 661 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra personer med nytilkendt

førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med KOL højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med KOL udgør henholdsvis 8,4 % og 5,6 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder i alderen 30-64 år.

**Tabel 16.7.1** KOL. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af KOL, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med KOL og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	661	18,2	6,9
<b>Mænd</b>			
30-49 år	51	12,6	3,3
50-64 år	324	23,4	11,1
I alt for mænd 30-64 år	376	20,9	8,4
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	47	10,9	2,5
50-64 år	238	16,8	7,4
I alt for kvinder 30-64 år	285	15,5	5,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med KOL ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 16.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med KOL er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt

førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 256 og 76 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med KOL var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 68,0 % og 26,6 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med KOL i alderen 30-64 år.

**Tabel 16.7.2** KOL. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med KOL og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	661	18,2	332	50,2
<b>Mænd</b>				
Grundskole	160	27,7	128	80,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	173	20,5	127	73,4
Videregående	16	5,5	ref.	ref.
Uoplyst	25	33,9		
I alt for mænd	376	20,9	256	68,0
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	105	18,5	42	39,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	123	15,5	34	28,0
Videregående	49	11,2	ref.	ref.
Uoplyst	8	15,3		
I alt for kvinder	285	15,5	76	26,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.8 KOL og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 4.721,2 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.8.1).

Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp og medicin, mens ekstra omkostninger til praksissektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 16.8.1** KOL. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med KOL opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)				
	Praksis	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	110,3	3.486,3	732,1	392,5	4.721,2
<b>Mænd</b>					
16-29 år	0,2	8,1	1,6	-	9,9
30-49 år	2,8	126,9	19,9	6,2	155,8
50-64 år	13,8	447,9	83,9	28,6	574,2
65-74 år	17,1	565,7	112,1	33,2	728,1
75+ år	15,4	495,5	98,6	63,3	672,8
I alt pr. 1.000 mænd	0,6	19,2	3,7	1,5	25,0
I alt for mænd	49,3	1.644,2	316,2	131,3	2.141,0
<b>Kvinder</b>					
16-29 år	0,4	19,6	2,4	-	22,4
30-49 år	3,8	120,8	23,5	5,9	154
50-64 år	17,4	477,5	114,7	38,8	648,4
65-74 år	20,4	604,2	142,1	76,3	843
75+ år	19,0	620,0	133,3	140,1	912,4
I alt pr. 1.000 kvinder	0,6	18,7	4,2	2,7	26,2
I alt for kvinder	60,9	1.842,1	415,9	261,1	2.580,0

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ælredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.



## 16.9 KOL og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 3.925,4 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med KOL i forhold til personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom (Tabel 16.9.1).

Ekstra omkostninger grundet nytilkendte førtidspensioner udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Tæt herefter følger ekstra omkostninger grundet tidlig død og langvarigt sygefravær.

**Tabel 16.9.1** KOL. Ekstra produktionstab blandt personer med KOL opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	361,4	1.829,3	1.734,7	3.925,4
<b>Mænd</b>				
16-29 år	1,8	-	-	1,8
30-49 år	43,6	342,7	257,1	643,4
50-64 år	159,1	778,2	825,3	1.762,6
I alt pr. 1.000 mænd	2,4	13,1	12,6	28,1
I alt for mænd	204,4	1.125,5	1.082,4	2.412,3
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	1,8	-	-	1,8
30-49 år	33,4	252,7	132,8	418,9
50-64 år	121,5	445,7	519,5	1.086,7
I alt pr. 1.000 kvinder	1,6	7,2	6,6	15,4
I alt for kvinder	157,0	703,8	652,3	1.513,1

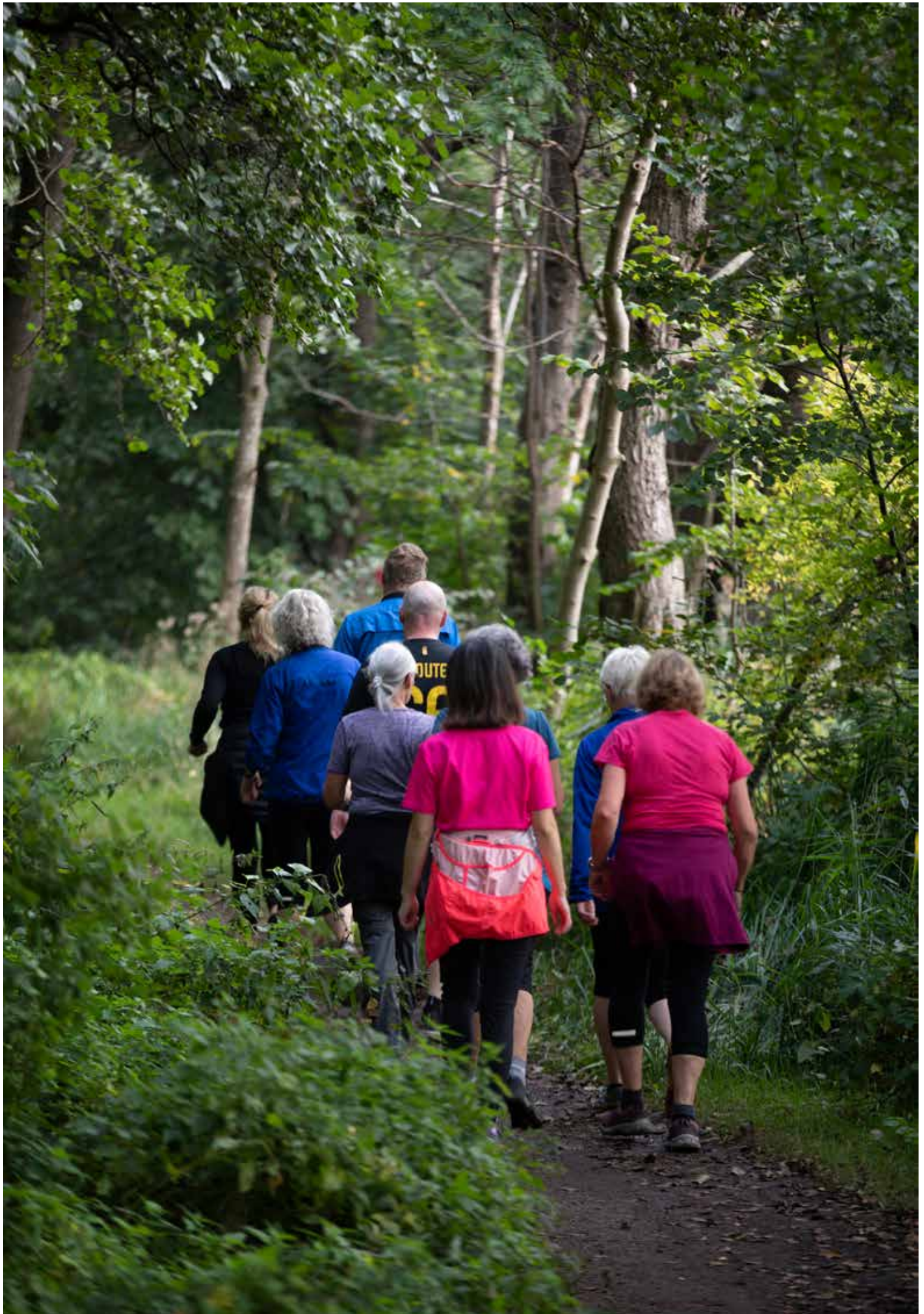
Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset kronisk lungesygdom.

## 16.10 Referencer

1. Bladbjerg EM, Jacobsen JCB. Sygdomslære for ikke-klinikere: Munksgaard; 2019.
2. Løkke A, Søndergaard J, Hansen MK, Roslind K, Lange P. Management of chronic obstructive pulmonary disease in general practice in Denmark. Danish medical journal. 2020;67(5).
3. Dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme, kræft, diabetes eller KOL: Danmarks Statistik; [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/temaer/SDG/globale-verdensmaal/03-sundhed-og-trivsel/delmaal-04/indikator-1>].
4. Lange P, Celli B, Agusti A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The New England journal of medicine. 2015;373(2):111-22.
5. Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. Lancet (London, England). 2015;385(9971):899-909.
6. Hogeia SP, Tudorache E, Fildan AP, Fira-Mladinescu O, Marc M, Oancea C. Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. The clinical respiratory journal. 2020;14(3):183-97.
7. Jensen HH, Godtfredsen NS, Lange P, Vestbo J. Potential misclassification of causes of death from COPD. The European respiratory journal. 2006;28(4):781-5.





**17**

**Lænderygsmarter**



## 17. Lænderygsmerter

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med lænderygsmerter i forhold til personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. For eksempel hvor mange ekstra personer med nytilkendt førtidspension og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med lænderygsmerter i forhold til personer uden lænderygsmerter.

I Danmark lever 970.289 personer med lænderygsmerter i 2017.

Blandt personer med lænderygsmerter, i forhold til personer uden lænderygsmerter, er der årligt:

- 2.354 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. Det svarer til 4,4 % af alle dødsfald.
- 31.242 ekstra antal planlagte og 80.573 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 10,2 % og 9,2 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 784.868 ekstra antal planlagte og 54.052 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 8,2 % og 6,0 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 3.571.907 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 7,5 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 1.035.510 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor svarende til 20,8 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor.
- 2.907.486 ekstra sygedage svarende til 13,4 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 4.154 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 38,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 7.132,0 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 21.011,7 mio. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For eksisterende sygdomstilfælde og ekstra personer med nytilkendt førtidspension ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse.

De fleste mennesker vil i deres levetid opleve lænderygsmarter, som for mange vil være en tilbagevendende og episodisk tilstand (1). Smerterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen, herunder muskler, led og nerver. Hos flertallet er det ikke muligt at afklare de præcise årsager til smerterne, idet smerterne typisk forårsages af et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer (2). Smerterne vil ofte være lokaliseret i lænden mellem nederste ribbenskant og det nederste af ballerne, hvorfra smerten kan stråle ned i benene (2).

Lænderygsmarter starter for mange tidligt i livet omkring barndommen eller i ungdomsårene. Personer, der oplever lænderygsmarter tidligt i livet, er i øget risiko for også at have lænderygsmarter i voksenlivet (1). Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil mange opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere intervaller med lette eller ingen smerter. Således har over 75 % af personer med lænderygsmarter oplevet tidligere episoder (1). Lænderygsmarter kan derfor karakteriseres som en recidiverende tilstand, hvilket resulterer i en høj

forekomst med store afledte konsekvenser, herunder nedsat funktionsevne, tab af livskvalitet samt nedsat eller ophævet arbejdssevne (3).

Risikofaktorer for lænderygsmarter omfatter hårdt fysisk arbejde med tunge løft, fysisk inaktivitet, rygning, overvægt, kvindeligt køn og genetik (3). En række psykosociale faktorer, såsom stress, angst og depression samt arbejdspladsrelaterede psykosociale faktorer i form af jobutilfredshed, monotone arbejdsopgaver, dårlige arbejdsrelationer, mangel på social støtte og høje krav øger ligeledes risikoen for lænderygsmarter (3, 4).

Lænderygsmarter er i denne rapport defineret som personer, der i NATSUP-17 har angivet, at de inden for de seneste 14 dage har været generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd, eller som har angivet at have en nuværende diskusprolaps eller en tidligere diskusprolaps med nuværende eftervirkninger (5). Se bilag 1 (bilagstabel 21.2) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 17.1 Forekomst af lænderygsmerter

Opgørelsen over eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter er baseret på oplysninger fra NATSUP-2017. Baseret på denne opgørelse lever i alt 970.289 personer med lænderygsmerter i Danmark. Heraf er 431.593 mænd og 538.695 kvinder, svarende til henholdsvis 18.436,7 pr. 100.000 mænd og 22.484,7 pr. 100.000 kvinder (Tabel 17.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af

eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Nye sygdomstilfælde af lænderygsmerter er ikke blevet opgjort i dette kapitel. Det skyldes, at NATSUP-2017 kun indeholder oplysninger om den aktuelle sygdomsstatus og dermed ikke oplysninger om sygdommens varighed eller begyndelsestidspunkt, hvorfor det ikke er muligt at opgøre nye sygdomstilfælde på baggrund af denne.

**Tabel 17.1.1** Lænderygsmerter. Eksisterende sygdomstilfælde. Antal og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	970.289	20.484,1
I alt 30+ år	840.923	22.823,1
<b>Mænd</b>		
16-29 år	53.523	9.951,8
30-49 år	132.490	18.101,5
50-64 år	137.004	24.287,4
65-74 år	65.967	21.029,3
75+ år	42.609	22.030,8
I alt for mænd	431.593	18.436,7
I alt for mænd 30+ år	378.070	20.967,5
<b>Kvinder</b>		
16-29 år	75.843	14.743,1
30-49 år	152.508	21.208,4
50-64 år	151.214	26.820,9
65-74 år	81.880	24.628,3
75+ år	77.251	29.035,3
I alt for kvinder	538.695	22.484,7
I alt for kvinder 30+ år	462.853	24.601,4

Datakilde: NATSUP-2017.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt personer erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter er kendetegnet ved, at der er en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer blandt både mænd og kvinder

stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 97.162 og 120.033 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af lænderygsmerter i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 25,7 % og 25,9 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tablet 17.1.2** Lænderygsmerter. Eksisterende sygdomstilfælde og ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Eksisterende sygdomstilfælde			
	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	840.923	22.740,4	217.195	25,8
<b>Mænd</b>				
Grundskole	107.863	26.966,1	47.822	44,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	170.995	21.149,3	49.339	28,9
Videregående	76.135	14.980,2	ref.	ref.
Uoplyst	23.077	29.077,5		
I alt for mænd	378.070	20.907,6	97.162	25,7
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	154.890	34.070,6	73.713	47,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	171.890	24.863,2	46.320	26,9
Videregående	113.626	18.164,1	ref.	ref.
Uoplyst	22.447	33.822,2		
I alt for kvinder	462.853	24.415,8	120.033	25,9

Datakilde: NATSUP-17.

Note: Antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.



## 17.2 Lænderygsmarter og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 1.155 og 1.199 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter i alderen 30 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.2.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver alders-

gruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med lænderygsmarter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 4,3 % og 4,5 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 17.2.1** Lænderygsmarter. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med lænderygsmarter og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	2.354	2,8	4,4
<b>Mænd</b>			
30-49 år	132	1,0	14,4
50-64 år	-27	-0,2	-0,7
65-74 år	225	3,4	3,4
75+ år	825	19,4	5,4
I alt for mænd 30+ år	1.155	3,1	4,3
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	45	0,3	8,1
50-64 år	31	0,2	1,2
65-74 år	324	4,0	7,1
75+ år	799	10,3	4,2
I alt for kvinder 30+ år	1.199	2,6	4,5

Datakilde: Dødsårsagsregisteret

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med lænderygsmærter ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.2.2). Der ses social ulighed i dødelighed blandt både mænd og kvinder med lænderygsmærter, hvor det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse

som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole. Der ville årligt være henholdsvis 861 og 1.057 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med lænderygsmærter, hvis dødeligheden blandt personer med lænderygsmærter var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 74,5 % og 88,2 % færre dødsfald blandt mænd og kvinder med slidgigt i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 17.2.2** Lænderygsmærter. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med lænderygsmærter og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	2.354	2,5	1.918	81,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	404	3,1	341	84,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	609	3,2	520	85,3
Videregående	39	0,5	ref.	ref.
Uoplyst	103	3,5		
I alt for mænd	1.155	2,7	861	74,5
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	870	4,6	858	98,7
Erhvervsfaglig/gymnasial	211	1,1	199	94,3
Videregående	8	0,1	ref.	ref.
Uoplyst	110	3,8		
I alt for kvinder	1.199	2,2	1.057	88,2

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og NATSP-2017.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med lænderygsmærter sammenlignet med personer uden lænderygsmærter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### 17.3 Lænderygsmerter og planlagte og akutte indlæggelser

#### Planlagte somatiske indlæggelser

Der er årligt 31.242 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter udgør henholdsvis 7,9 % og 12,2 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### Akutte somatiske indlæggelser

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 80.573 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal

akutte somatiske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter udgør henholdsvis 7,8 % og 10,5 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 337 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.3.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter udgør 3,1 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser. For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 478 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.3.1). Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter udgør 1,2 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser.

**Table 17.3.1** Lænderygsmerter. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med lænderygsmerter og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	31.242	32,2	10,2	80.573	83,0	9,2
I alt 30+ år	28.841	34,3	10,5	76.604	91,1	9,9
<b>Mænd</b>						
16-29 år	863	16,1	8,9	1.299	24,3	4,4
30-49 år	2.355	17,8	11,4	6.794	51,3	11,6
50-64 år	3.710	27,1	9,2	8.371	61,1	8,7
65-74 år	2.873	43,6	6,9	7.191	109,0	7,1
75+ år	1.392	32,7	4,8	8.265	194,0	6,6
I alt for mænd	11.193	25,9	7,9	31.920	74,0	7,8
I alt for mænd 30+ år	10.330	27,3	7,9	30.621	81,0	8,0
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	1.538	20,3	7,5	2.671	35,2	3,7
30-49 år	4.070	26,7	10,2	9.576	62,8	10,6
50-64 år	5.915	39,1	14,9	10.517	69,6	13,9
65-74 år	4.323	52,8	12,3	10.627	129,8	13,1
75+ år	4.203	54,4	14,2	15.262	197,6	10,6
I alt for kvinder	20.049	37,2	12,2	48.654	90,3	10,5
I alt for kvinder 30+ år	18.511	40,0	12,8	45.983	99,3	11,8
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	337	0,3	3,1	478	0,5	1,2
I alt 30+ år	464	0,6	5,8	856	1,0	3,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med lænderygsmerter ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med lænderygsmerter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højere blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Der ville årligt være henholdsvis 244 og 921 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med lænderygsmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 2,4 % og 5,0 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med lænderygsmerter ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.3.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med lænderygsmerter er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 1.762 og 3.553 færre ekstra akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med lænderygsmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 5,8 % og 7,7 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder

**Tabel 17.3.2** Lænderygsmarter. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med lænderygsmarter og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	28.841	29,1	-1.165	-4,0	76.604	78,2	5.314	6,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.989	22,7	4	0,1	12.286	93,4	3.897	31,7
Erhvervsfaglig/ gymnasial	4.050	21,4	-248	-6,1	9.940	52,5	-2.135	-21,5
Videregående	1.846	22,7	ref.	ref.	5.187	63,8	ref.	ref.
Uoplyst	1.445	48,9			3.207	108,4		
I alt for mænd	10.330	23,9	-244	-2,4	30.621	70,9	1.762	5,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	5.644	29,8	-1.135	-20,1	17.123	90,3	2.606	15,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	7.242	36,8	214	3,0	15.995	81,4	947	5,9
Videregående	4.421	35,7	ref.	ref.	9.467	76,5	ref.	ref.
Uoplyst	1.203	41,9			3.397	118,3		
I alt for kvinder	18.511	34,4	-921	-5,0	45.983	85,4	3.553	7,7

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.4 Lænderygsmarter og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 784.868 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd på 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 7,6 % og 8,7 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 54.052 ekstra antal akutte somatisk ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer),

er det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 4,8 % og 7,1 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 122.872 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.4.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter udgør 11,2 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter. For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 3.443 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med lænderygsmarter udgør 5,8 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Tabel 17.4.1** Lænderygsmerter. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med lænderygsmerter og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akkutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	784.868	808,9	8,2	54.052	55,7	6,0
I alt 30+ år	726.748	864,2	8,7	44.846	53,3	6,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	24.923	465,7	7,9	4.112	76,8	3,6
30-49 år	100.832	761,1	13,9	5.457	41,2	4,6
50-64 år	94.718	691,3	8,7	5.317	38,8	5,8
65-74 år	47.023	712,8	4,5	3.740	56,7	6,2
75+ år	31.214	732,6	4,2	2.952	69,3	4,6
I alt for mænd	298.707	692,1	7,6	21.578	50,0	4,8
I alt for mænd 30+ år	273.785	724,2	7,6	17.466	46,2	5,2
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	33.199	437,7	4,0	5.094	67,2	4,5
30-49 år	159.696	1.047,1	10,9	8.111	53,2	7,0
50-64 år	140.216	927,3	9,5	8.963	59,3	10,3
65-74 år	86.504	1.056,5	8,3	4.096	50,0	7,0
75+ år	66.546	861,4	8,3	6.210	80,4	7,3
I alt for kvinder	486.161	902,5	8,7	32.474	60,3	7,1
I alt for kvinder 30+ år	452.963	978,6	9,5	27.380	59,2	7,9
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	122.827	126,6	11,2	3.443	3,5	5,8
I alt 30+ år	97.273	115,7	14,7	3.241	3,9	8,3

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.



### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med lænderygssmerter ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.4.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter, hvor det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højere blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med personer med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med lænderygssmerter er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 30.074 færre og 91.401 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lænderygssmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 11,0 % færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 20,2 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med lænderygssmerter ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.4.2). Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lænderygssmerter er kendetegnet ved, at der blandt kvinder ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer højest blandt personer med videregående uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 4.796 og 7.254 flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lænderygssmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 27,5 % og 26,5 % flere somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder

**Tabel 17.4.2** Lænderygsmerter. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med lænderygsmerter og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	726.748	737,6	-61.327	-8,4	44.846	45,6	-12.050	-26,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	81.226	617,8	11.495	14,2	5.795	44,1	-861	-14,8
Erhvervsfaglig/ gymnasial	118.954	628,6	18.579	15,6	5.646	29,8	-3.935	-69,7
Videregående	43.118	530,4	ref.	ref.	4.116	50,6	ref.	ref.
Uoplyst	30.484	1.030,6			1.910	64,6		
I alt for mænd	273.785	634,4	30.074	11,0	17.466	40,5	-4.796	-27,5
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	120.243	633,9	-72.011	-59,9	7.703	40,6	-4.420	-57,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	179.897	915,0	-19.391	-10,8	9.733	49,5	-2.834	-29,1
Videregående	125.381	1.013,6	ref.	ref.	7.906	63,9	ref.	ref.
Uoplyst	27.441	955,9			2.037	71,0		
I alt for kvinder	452.963	840,9	-91.401	-20,2	27.380	50,8	-7.254	-26,5

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter er opgjort blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.5 Lænderygsmarter og praksissektor

Der er årligt 3.571.907 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med lænderygsmarter højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 6,6 % og 8,1 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 17.5.1** Lænderygsmarter. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med lænderygsmarter og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	3.571.907	3.681,3	7,5
I alt 30+ år	3.296.819	3.920,5	8,2
<b>Mænd</b>			
16-29 år	78.423	1.465,2	3,9
30-49 år	315.650	2.382,4	8,7
50-64 år	432.520	3.157,0	9,2
65-74 år	197.908	3.000,1	4,6
75+ år	180.909	4.245,8	4,7
I alt for mænd	1.205.410	2.792,9	6,6
I alt for mænd 30+ år	1.126.988	2.980,9	6,9
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	196.668	2.593,1	3,9
30-49 år	614.728	4.030,8	8,6
50-64 år	755.345	4.995,2	12,1
65-74 år	412.406	5.036,7	8,4
75+ år	387.349	5.014,2	6,9
I alt for kvinder	2.366.495	4.393,0	8,1
I alt for kvinder 30+ år	2.169.830	4.688,0	9,0

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med lænderyg-smerter ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.5.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt hverken mænd eller kvinder med lænderygsmerter. Det ses ved, at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer blandt mænd er nogenlunde ens på tværs af alle uddannelsesgrupper. Blandt

kvinder er det ekstra antal kontakter til praktiserende læge pr. 1.000 personer højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være 15.758 og 135.477 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med lænderygsmerter, hvis kontaktmønsteret blandt personer med lænderygsmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,4 % og 6,2 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 17.5.2** Lænderygsmerter. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med lænderygsmerter og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	3.296.818	3.319,6	151.235	4,6
<b>Mænd</b>				
Grundskole	336.444	2.559,1	14.426	4,3
Erhvervsfaglig/gymnasial	464.862	2.456,4	1.332	0,3
Videregående	199.117	2.449,3	ref.	ref.
Uoplyst	126.560	4.278,7		
I alt for mænd	1.126.988	2.611,2	15.758	1,4
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	725.926	3.827,2	32.124	4,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	822.541	4.183,5	103.353	12,6
Videregående	452.474	3.657,9	ref.	ref.
Uoplyst	168.887	5.882,9		
I alt for kvinder	2.169.830	4.027,9	135.477	6,2

Datakilde: Sygesikringsregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### Kontakter til fysioterapeut og kiropraktor

Der er årligt 1.035.510 ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med lænderygsmærter sammenlignet med personer uden lænderygsmærter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor: 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med lænderygsmærter højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år.

Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt mænd og kvinder med lænderygsmærter udgør henholdsvis 16,9 % og 23,2 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor.

**Tabel 17.5.3** Lænderygsmærter. Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med lænderygsmærter og andelen af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.035.510	1.067,2	20,8
I alt 30+ år	951.255	1.131,2	20,9
<b>Mænd</b>			
16-29 år	26.993	504,3	16,0
30-49 år	84.410	637,1	16,3
50-64 år	93.143	679,9	17,0
65-74 år	71.560	1.084,8	18,1
75+ år	43.545	1.022,0	16,8
I alt for mænd	319.649	740,6	16,9
I alt for mænd 30+ år	292.658	774,1	17,0
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	57.264	755,0	22,4
30-49 år	207.331	1.359,5	25,7
50-64 år	207.384	1.371,5	22,2
65-74 år	140.944	1.721,4	21,8
75+ år	102.937	1.332,5	23,4
I alt for kvinder	715.860	1.328,9	23,2
I alt for kvinder 30+ år	658.597	1.422,9	23,3

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor er opgjort blandt personer med lænderygsmærter sammenlignet med personer uden lænderygsmærter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.6 Lænderygsmarter og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 2.907.486 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 15,3 % og 12,0 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 17.6.1** Lænderygsmarter. Ekstra antal sygedage blandt personer med lænderygsmarter, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med lænderygsmarter og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	2.907.486	4.867,3	13,4
I alt 30+ år	2.492.937	5.310,8	13,2
<b>Mænd</b>			
16-29 år	208.927	3.962,4	16,7
30-49 år	568.936	4.623,2	14,8
50-64 år	601.541	5.739,4	15,5
I alt for mænd	1.379.404	4.915,9	15,3
I alt for mænd 30+ år	1.170.477	5.136,5	15,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	205.622	2.733,8	13,8
30-49 år	744.835	5.352,9	12,0
50-64 år	577.625	5.641,5	11,6
I alt for kvinder	1.528.082	4.824,3	12,0
I alt for kvinder 30+ år	1.322.460	5.475,3	11,8

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.7 Lænderygsmarter og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 4.154 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med lænderygsmarter udgør henholdsvis 39,4 % og 41,2 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 17.7.1** Lænderygsmarter. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af lænderygsmarter, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med lænderygsmarter og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	4.154	7,0	38,1
I alt 30+ år	4.094	8,7	42,8
<b>Mænd</b>			
16-29 år	38	0,7	4,8
30-49 år	606	4,9	38,7
50-64 år	1.194	11,4	40,8
I alt	1.847	6,6	34,9
I alt for mænd 30-64 år	1.804	7,9	40,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	15	0,2	2,8
30-49 år	639	4,6	34,4
50-64 år	1.645	16,1	51,1
I alt	2.307	7,3	41,2
I alt for kvinder 30-64 år	2.290	9,5	45,1

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med lænderygsmærter ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 17.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lænderygsmærter er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000

personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 736 og 1.004 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med lænderygsmærter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 40,8 % og 43,8 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med lænderygsmærter i alderen 16-64 år.

**Tabel 17.7.2** Lænderygsmærter. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med lænderygsmærter og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	4.094	8,7	1.741	42,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	719	14,0	473	65,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	776	7,3	263	33,9
Videregående	252	4,8	ref.	ref.
Uoplyst	59	3,4		
I alt for mænd	1.804	7,9	736	40,8
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	662	13,8	387	58,5
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.187	11,9	617	52,0
Videregående	445	5,7	ref.	ref.
I alt for kvinder	2.290	9,5	1.004	43,8

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med lænderygsmærter sammenlignet med personer uden lænderygsmærter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 observationer i gruppen.



## 17.8 Lænderygsmarter og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 7.132,0 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.8.1).

Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin, hjemmehjælp og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til fysioterapi og kiropraktor udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 17.8.1** Lænderygsmarter. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med lænderygsmarter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Fysioterapi og kiropraktor	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	304,8	271,5	4.943,8	921,1	760,8	7.132,0
<b>Mænd</b>						
16-29 år	7,9	8,2	107,3	1,5	-	124,9
30-49 år	29,4	23,3	741,9	87,4	39,9	921,9
50-64 år	37,9	24,1	614,1	111,4	54,7	842,2
65-74 år	16	17,7	478,7	69,4	88,5	670,3
75+ år	14,9	11,0	285,8	52,8	128,6	493,1
I alt pr. 1.000 mænd	0,2	0,2	5,2	0,7	0,7	7,0
I alt for mænd	106,1	84,2	2.227,8	322,6	311,6	3.052,3
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	17,7	16,2	106,4	7,7	-	148
30-49 år	53,3	55,2	705,0	112,8	13,2	939,5
50-64 år	65,1	54,4	729,2	196,3	99,1	1.144,1
65-74 år	33,3	35,8	549,4	158,1	171,9	948,5
75+ år	29,2	25,8	626,0	123,5	164,9	969,4
I alt pr. 1.000 kvinder	0,4	0,3	5,0	1,1	0,8	7,6
I alt for kvinder	198,7	187,3	2.716,1	598,5	449,2	4.149,8

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.9 Lænderygsmarter og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 21.011,7 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med lænderygsmarter i forhold til personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 17.9.1).

Ekstra omkostninger til nytillkendte førtidspensioner udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til henholdsvis langvarigt sygefravær og tidlig død.

**Tabel 17.9.1** Lænderygsmarter. Ekstra produktionstab blandt personer med lænderygsmarter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

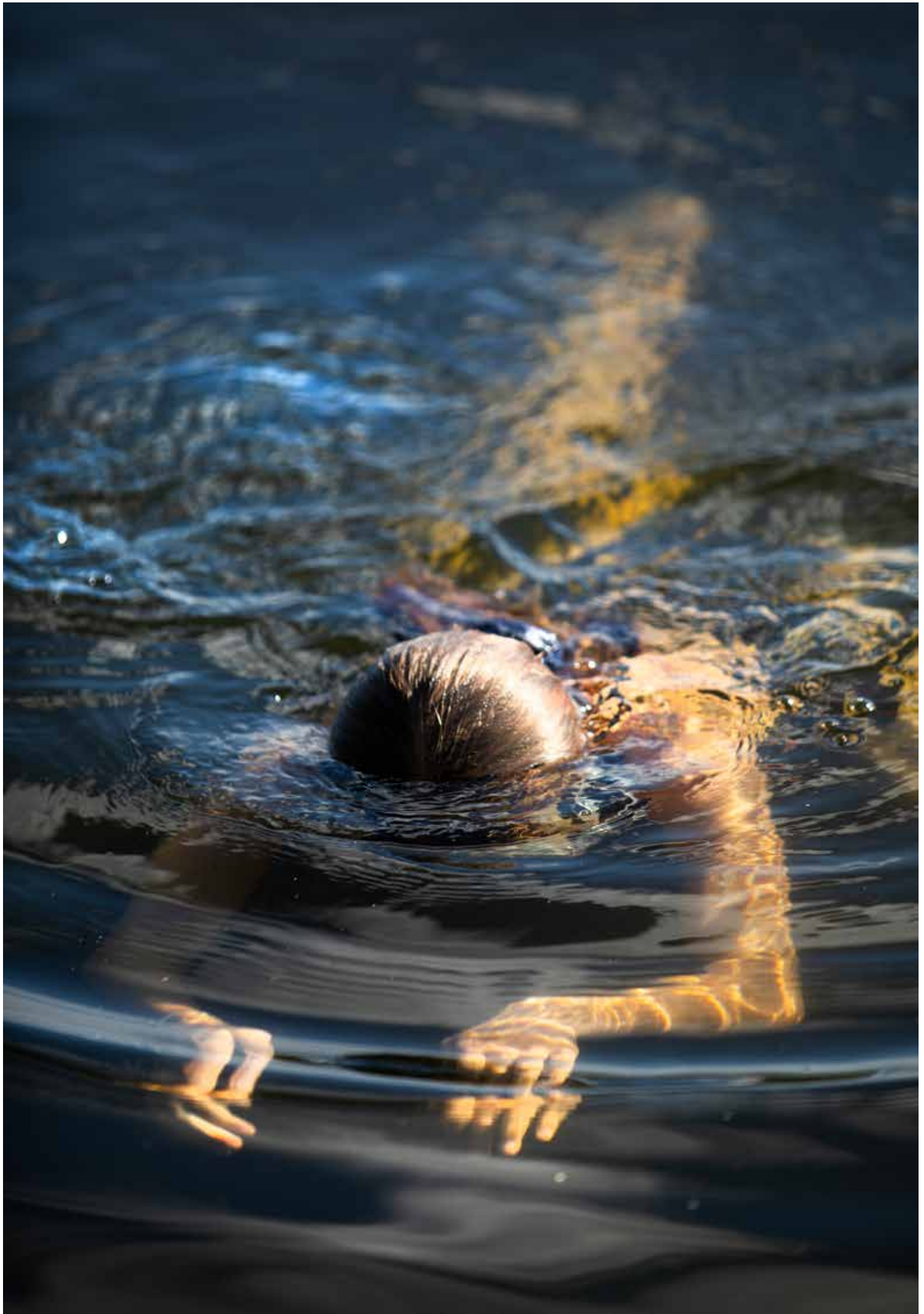
Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	4.304,9	15.613,1	1.093,7	21.011,7
<b>Mænd</b>				
16-29 år	193,6	327,0	-	520,6
30-49 år	1.034,9	4.112,5	793,9	5.941,3
50-64 år	993,6	3.127,4	-86,4	4.034,6
I alt pr. 1.000 mænd	5,2	17,8	1,6	24,6
I alt for mænd	2.232,6	7.690,8	707,7	10.631,1
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	170,0	118,5	-	288,5
30-49 år	1.095,4	3.662,4	335,5	5.093,3
50-64 år	795,3	4.046,9	50,5	4.892,7
I alt pr. 1.000 kvinder	3,8	14,7	0,7	19,2
I alt for kvinder	2.072,3	7.922,3	386,0	10.380,6

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med lænderygsmarter sammenlignet med personer uden lænderygsmarter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 17.10 Referencer

- Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. Best practice & research Clinical rheumatology. 2013;27(5):591-600.
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet (London, England). 2018;391(10137):2356-67.
- Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet (London, England). 2021;398(10294):78-92.
- Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. Pain reports. 2021;6(1):e919.
- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.



**18**

**Nakkesmerter**

# 18. Nakkesmerter

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med nakkesmerter i forhold til personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed, fraset reumatiske sygdomme. For eksempel hvor mange ekstra personer med nytilkendt førtidspension og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med nakkesmerter i forhold til personer uden nakkesmerter.

I Danmark lever 659.811 personer med nakkesmerter i 2017.

Blandt personer med nakkesmerter, i forhold til personer uden nakkesmerter, er der årligt:

- 1.319 ekstra dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover.
- 17.634 ekstra antal planlagte og 46.251 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 5,8 % og 5,3 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 551.805 ekstra antal planlagte og 41.198 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter svarende til henholdsvis 5,8 % og 4,5 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 2.511.763 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 5,3 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 794.526 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor svarende til 16,0 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor.
- 2.626.773 ekstra sygedage svarende til 12,1 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 3.504 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 16 år til 64 år svarende til 32,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 4.845,8 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 17.970,4 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For eksisterende sygdomstilfælde og ekstra personer med nytilkendt førtidspension ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse. Der ses social ulighed i dødelighed.

Nakkesmerter er en hyppigt forekommende lidelse, som de fleste personer vil opleve på et tidspunkt i deres levetid (1). Nakkesmerter er blandt andet karakteriseret ved smerte, ubehag og stivhed i nakken, som kan udstråle til skuldre og arme eller føre til hovedpine (1). Nakkesmerter kan desuden føre til betydelig funktionsevnedssættelse for det enkelte individ med arbejdsmæssige konsekvenser og deraf afledte økonomiske omkostninger for den enkelte og for samfundet (2, 3).

I Danmark ses en høj forekomst af nakkesmerter og levede år med funktionsnedsættelse sammenlignet med andre lande på verdensplan, hvorfor nakkesmerter udgør en betydelig byrde i Danmark (4). Der ses en højere forekomst af nakkesmerter blandt kvinder sammenlignet med mænd, og forekomsten er stigende med alderen, særligt indtil 50-årsalderen (1, 2). Nakkesmerter kan være en recidiverende tilstand, idet personer, der tidligere har haft en episode med nakkesmerter, ofte vil opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere intervaller med lette eller ingen smerter (5, 6).

Køn, alder og genetik er af betydning for udvikling af nakkesmerter, idet forekomsten af nakkesmerter er mere hyppig blandt kvinder end blandt mænd og ses tiltagende fra 45-årsalderen (1). En række fysiske arbejdsrelaterede faktorer, såsom stor arbejdsbelastning, stillesiddende arbejde, arbejdsstilling og gentagne bevægelser øger risikoen for nakkesmerter (7), ligesom også psykosociale faktorer herunder et dårligt arbejdsmiljø og jobtilfredshed øger risikoen (1). Herudover er angst, depression og stress ligeledes risikofaktorer for nakkesmerter (1, 7). Slutteligt øger livsstilsrelaterede risikofaktorer såsom rygning, overvægt og fysisk inaktivitet risikoen for nakkesmerter (1).

Nakkesmerter er i denne rapport defineret som personer, der i NATSUP-17 har angivet, at de inden for de seneste 14 dage har været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke (8). Se bilag 1 (bilagstabel 21.2) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 18.1 Forekomst af nakkesmerter

Opgørelsen over eksisterende sygdomstilfælde af nakkesmerter er baseret på oplysninger fra NATSUP-2017. Baseret på denne opgørelse lever i alt 659.811 personer med nakkesmerter i Danmark. Heraf er 241.701 mænd og 418.109 kvinder, svarende til henholdsvis 10.324,9 pr. 100.000 mænd og 17.451,5 pr. 100.000 kvinder (Tabel 18.1.1) Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), er antallet af

eksisterende sygdomstilfælde af nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Nye sygdomstilfælde af nakkesmerter er ikke blevet opgjort i dette kapitel. Det skyldes, at NATSUP-2017 kun indeholder oplysninger om den aktuelle sygdomsstatus og dermed ikke oplysninger om sygdommens varighed eller begyndelsestidspunkt, hvorfor det ikke er muligt at opgøre nye sygdomstilfælde på baggrund af denne.

**Tabel 18.1.1** Nakkesmerter. Eksisterende sygdomstilfælde. Antal og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	659.811	13.929,5
I alt 30+ år	546.481	14.831,8
<b>Mænd</b>		
16-29 år	36.905	6.861,9
30-49 år	80.798	11.039,1
50-64 år	78.497	13.915,6
65-74 år	29.176	9.300,9
75+ år	16.324	8.440,4
I alt for mænd	241.701	10.324,9
I alt for mænd 30+ år	204.796	11.357,9
<b>Kvinder</b>		
16-29 år	76.424	14.856,2
30-49 år	136.695	19.009,3
50-64 år	119.688	21.229,2
65-74 år	45.123	13.572,4
75+ år	40.179	15.101,7
I alt for kvinder	418.109	17.451,5
I alt for kvinder 30+ år	341.685	18.161,2

Datkilde: NATSUP-2017.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.1.2). Den sociale ulighed i eksisterende sygdomstilfælde af nakkesmerter er kendetegnet ved, at der er en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer stiger gradvist med kortere

uddannelse blandt både mænd og kvinder. Der ville årligt være henholdsvis 63.302 og 98.209 færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af nakkesmerter i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 30,9 % og 28,7 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.1.2** Nakkesmerter. Eksisterende sygdomstilfælde og ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Eksisterende sygdomstilfælde			
	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	546.481	14.802,7	161.511	29,6
<b>Mænd</b>				
Grundskole	58.909	15.128,9	30.600	51,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	93.452	11.548,2	32.701	35,0
Videregående	38.821	7.459,4	ref.	ref.
Uoplyst	13.613	17.265,9		
I alt for mænd	204.796	11.263,8	63.302	30,9
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	105.343	25.565,0	57.773	54,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	130.928	18.946,3	40.436	30,9
Videregående	87.518	13.098,2	ref.	ref.
Uoplyst	17.896	25.649,4		
I alt for kvinder	341.685	18.224,5	98.209	28,7

Datakilde: NATSUP-17.

Note: Antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.



## 18.2 Nakkesmerter og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 486 og 833 ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med nakkesmerter sammenlignet med mænd og kvinder uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.2.1). De negative estimater er et udtryk for, at der ses færre dødsfald blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter.

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 1,7 % og 3,1 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.2.1** Nakkesmerter. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt	1.319	2,0	2,5
I alt 30+ år	1.289	2,4	2,4
<b>Mænd</b>			
16-29 år	30	0,8	14,4
30-49 år	132	1,6	14,5
50-64 år	-6	-0,1	-0,2
65-74 år	98	3,4	1,5
75+ år	232	14,2	1,5
I alt for mænd	486	2,0	1,8
I alt for mænd 30+ år	456	2,2	1,7
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	-31	-0,2	-5,6
50-64 år	70	0,6	2,9
65-74 år	167	3,7	3,6
75+ år	628	15,6	3,3
I alt for kvinder 30+ år	833	2,4	3,1

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 observationer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.2.2). De negative estimater er et udtryk for, at der ses færre dødsfald blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter. Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med nakkesmerter er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed i dødelighed

ved, at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 614 og 276 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med nakkesmerter, hvis dødeligheden blandt personer med nakkesmerter var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 134,6 % og 33,1 % færre ekstra dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder med nakkesmerter i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.2.2** Nakkesmerter. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med nakkesmerter og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	1.289	1,9	890	69,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	366	4,8	419	114,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	121	1,1	194	161,0
Videregående	-29	-0,7	ref.	ref.
Uoplyst	-2	-0,1	.	.
I alt for mænd	456	1,9	614	134,6
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	462	3,3	295	63,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	168	1,1	-19	-11,3
Videregående	117	1,2	ref.	ref..
Uoplyst	86	3,7	.	.
I alt for kvinder	833	2,0	276	33,1

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### 18.3 Nakkesmerter og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 17.634 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 5,1 % og 6,4 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 46.251 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske ind-

læggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 4,7 % og 5,9 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 644 ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.3.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter udgør 5,8 % af alle planlagte psykiatriske indlæggelser. For de akutte psykiatriske indlæggelser gælder det, at der årligt er 2.139 ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. Ekstra antal akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med lænderygsmerter udgør 5,5 % af alle akutte psykiatriske indlæggelser

**Tabel 18.3.1** Nakkesmerter. Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akkutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	17.634	26,7	5,8	46.251	70,1	5,3
I alt 30+ år	16.061	29,4	5,8	43.388	79,4	5,6
<b>Mænd</b>						
16-29 år	441	12,0	4,6	1.050	28,5	3,5
30-49 år	2.290	28,3	11,1	3.482	43,1	6,0
50-64 år	2.820	35,9	7,0	5.745	73,2	6,0
65-74 år	1.234	42,3	3,0	4.109	140,8	4,1
75+ år	348	21,3	1,2	4.743	290,5	3,8
I alt for mænd	7.133	29,5	5,1	19.129	79,1	4,7
I alt for mænd 30+ år	6.692	32,7	5,1	18.079	88,3	4,8
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	1.132	14,8	5,6	1.812	23,7	2,5
30-49 år	2.511	18,4	6,3	5.936	43,4	6,6
50-64 år	2.656	22,2	6,7	6.485	54,2	8,6
65-74 år	2.694	59,7	7,6	5.897	130,7	7,3
75+ år	1.508	37,5	5,1	6.991	174,0	4,9
I alt for kvinder	10.501	25,1	6,4	27.122	64,9	5,9
I alt for kvinder 30+ år	9.369	27,4	6,5	25.310	74,1	6,5
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	644	1,0	5,8	2.139	3,2	5,5
I alt 30+ år	517	0,9	6,4	614	1,1	2,3

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.3.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt hverken mænd eller kvinder med nakkesmerter, idet det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.650 og 980 flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med nakkesmerter, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 39,6 % og 10,5 % flere planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.3.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med nakkesmerter er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 4.988 og 7.842 færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med nakkesmerter, hvis indlæggelsesmønsteret blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 27,6 % og 31,0 % færre akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.3.2** Nakkesmerter. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med nakkesmerter og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akkutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	16.061	25,0	-3.630	-22,6	43.388	67,7	12.829	29,6
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.100	27,3	-789	-37,6	8.958	116,5	5.058	56,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	2.122	20,0	-1.861	-87,7	5.306	50,1	-70	-1,3
Videregående	1.584	37,6	ref.	ref.	2.138	50,7	ref.	ref.
Uoplyst	886	53,3			1.676	100,9		
I alt for mænd	6.692	27,7	-2.650	-39,6	18.079	74,8	4.988	27,6
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	3.279	23,5	-371	-11,3	10.348	74,0	4.607	44,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	3.481	22,2	-610	-17,5	9.668	61,7	3.234	33,5
Videregående	2.568	26,1	ref.	ref.	4.039	41,1	ref.	ref.
Uoplyst	41	1,8			1.255	54,1		
I alt for kvinder	9.369	22,4	-980	-10,5	25.310	60,5	7.842	31,0

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 18.4 Nakkesmerter og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### ***Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Der er årligt 551.805 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd på 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 5,1 % og 6,3 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 41.198 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal akutte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 3,7 % og 5,3 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter***

Planlagte og akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 106.749 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.4.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter udgør 9,8 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter. For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 2.242 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med nakkesmerter udgør 3,8 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Tabel 18.4.1** Nakkesmerter. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akkutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	551.805	836,3	5,8	41.198	62,4	4,5
I alt 30+ år	523.536	958,0	6,3	32.976	60,3	4,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	15.550	421,4	4,9	2.924	79,2	2,6
30-49 år	62.981	779,5	8,7	5.448	67,4	4,6
50-64 år	74.896	954,1	6,8	4.449	56,7	4,8
65-74 år	29.899	1.024,8	2,9	2.190	75,1	3,6
75+ år	16.836	1.031,3	2,3	1.734	106,2	2,7
I alt for mænd	200.161	828,1	5,1	16.744	69,3	3,7
I alt for mænd 30+ år	184.611	901,4	5,1	13.821	67,5	4,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	12.720	166,4	1,5	5.298	69,3	4,7
30-49 år	123.812	905,8	8,5	6.348	46,4	5,5
50-64 år	125.381	1.047,6	8,5	5.819	48,6	6,7
65-74 år	66.555	1.475,0	6,4	3.371	74,7	5,8
75+ år	23.177	576,8	2,9	3.618	90,0	4,3
I alt for kvinder	351.644	841,0	6,3	24.454	58,5	5,3
I alt for kvinder 30+ år	338.925	991,9	7,1	19.156	56,1	5,5
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	106.749	161,8	9,8	2.242	3,4	3,8
I alt 30+ år	84.926	155,4	12,9	2.023	3,7	5,2

Datakilde: Landspatientregisteret

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.



### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.4.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt hverken mænd eller kvinder med nakkesmerter. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt mænd med videregående uddannelse, men lavest blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 26.260 flere og 52.663 færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 14,2 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og 15,5 % færre planlagte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder i alderen 30 år eller derover.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.4.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske kontakter, hvor det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt kvinder med nakkesmerter er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.039 og 2.054 færre akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, hvis kontaktmønsteret blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 14,8 % og 10,7 % færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.4.2** Nakkesmerter. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med nakkesmerter og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	523.536	787,2	26.403	5,0	32.976	51,5	4.093	12,4
<b>Mænd</b>								
Grundskole	56.455	734,0	-7.744	-13,7	5.435	70,7	1.927	35,4
Erhvervsfaglig/ gymnasial	69.976	660,1	-18.516	-26,5	4.948	46,7	112	2,3
Videregående	35.200	834,7	ref.	ref.	1.924	45,6	ref.	ref.
Uoplyst	22.980	1.383,5			1.514	91,1		
I alt for mænd	184.611	763,8	-26.260	-14,2	13.821	57,2	2.039	14,8
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	113.244	809,9	17.344	15,3	7.269	52,0	1.687	23,2
Erhvervsfaglig/ gymnasial	142.807	911,3	35.319	24,7	6.623	42,3	367	5,5
Videregående	67.480	685,9	ref.	ref.	3.927	39,9	ref.	ref.
Uoplyst	15.394	663,6			1.337	57,6		
I alt for kvinder	338.925	810,6	52.663	15,5	19.156	45,8	2.054	10,7

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante somatiske kontakter er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 18.5 Nakkesmerter og praksissektor

Der er årligt 2.511.763 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.5.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment prakti-

serende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 4,6 % og 5,7 % af alle kontakter til alment praktiserende læge.

**Tabel 18.5.1** Nakkesmerter. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	2.511.763	3.806,8	5,3
I alt 30+ år	2.282.430	4.176,6	5,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	55.207	1.495,9	2,8
30-49 år	247.250	3.060,1	6,8
50-64 år	291.482	3.713,3	6,2
65-74 år	137.077	4.698,2	3,2
75+ år	113.859	6.974,9	3,0
I alt for mænd	844.875	3.495,5	4,6
I alt for mænd 30+ år	789.667	3.855,9	4,8
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	174.125	2.278,4	3,5
30-49 år	498.942	3.650,0	6,9
50-64 år	526.050	4.395,2	8,4
65-74 år	240.896	5.338,7	4,9
75+ år	226.873	5.646,5	4,0
I alt for kvinder	1.666.888	3.986,7	5,7
I alt for kvinder 30+ år	1.492.763	4.368,8	6,2

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt både mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.5.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt hverken mænd eller kvinder med nakkesmerter. Det ses ved, at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer blandt mænd er højest blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, men lavest blandt personer

med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Blandt kvinder er antallet højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være 9.772 flere og 54.449 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med nakkesmerter, hvis kontaktmønsteret blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 1,2 % flere kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og 3,6 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 18.5.2** Nakkesmerter. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med nakkesmerter og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	2.282.430	3.418,7	44.676	2,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	243.357	3.164,2	-940	-0,4
Erhvervsfaglig/gymnasial	327.906	3.093,1	-8.832	-2,7
Videregående	133.946	3.176,4	ref.	ref.
Uoplyst	84.458	5.084,6		
I alt for mænd	789.667	3.267,1	-9.772	-1,2
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	481.884	3.446,5	9.347	1,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	574.742	3.667,5	45.102	7,8
Videregående	332.500	3.379,7	ref.	ref.
Uoplyst	103.637	4.467,5		
I alt for kvinder	1.492.763	3.570,3	54.449	3,6

Datakilde: Sygesikringsregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### **Kontakter til fysioterapeut og kiropraktor**

Der er årligt 794.526 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med nakkesmerter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 11,2 % og 18,9 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor.

**Tabel 18.5.3** Nakkesmerter. Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	794.526	1.204,2	16,0
I alt 30+ år	724.920	1.326,5	15,9
<b>Mænd</b>			
16-29 år	18.365	497,6	10,9
30-49 år	55.830	691,0	10,8
50-64 år	70.618	899,6	12,9
65-74 år	42.644	1.461,6	10,8
75+ år	25.187	1.542,9	9,7
I alt for mænd	212.643	879,8	11,2
I alt for mænd 30+ år	194.278	948,6	11,3
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	51.242	670,5	20,1
30-49 år	176.011	1.287,6	21,8
50-64 år	178.522	1.491,6	19,1
65-74 år	89.097	1.974,6	13,8
75+ år	87.011	2.165,6	19,8
I alt for kvinder	581.883	1.391,7	18,9
I alt for kvinder 30+ år	530.642	1.553,0	18,8

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 18.6 Nakkesmerter og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 2.626.773 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 10,9 % og 13,0 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 18.6.1** Nakkesmerter. Ekstra antal sygedage blandt personer med nakkesmerter, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal sygedage	Ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle sygedage
I alt	2.626.773	5.759,4	12,1
I alt 30+ år	2.288.113	6.654,1	12,1
<b>Mænd</b>			
16-29 år	120.033	3.304,7	9,6
30-49 år	373.084	5.024,5	9,7
50-64 år	486.353	8.262,2	12,5
I alt for mænd	979.470	5.780,7	10,9
I alt for mænd 30+ år	859.437	6.456,2	11,1
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	218.627	2.880,4	14,7
30-49 år	765.261	6.102,2	12,3
50-64 år	663.415	7.773,8	13,3
I alt for kvinder	1.647.303	5.746,8	13,0
I alt for kvinder 30+ år	1.428.676	6.779,1	12,8

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 18.7 Nakkesmerter og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 3.504 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.7.1). De negative estimater er et udtryk for, at der ses færre personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter blandt både mænd og kvinder i alderen 16-29 år.

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med nakkesmerter udgør henholdsvis 26,9 % og 37,2 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 18.7.1** Nakkesmerter. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af nakkesmerter, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt	3.504	7,7	32,1
I alt 30+ år	3.540	10,3	37,0
<b>Mænd</b>			
16-29 år	-6	-0,2	-0,8
30-49 år	442	6,0	28,2
50-64 år	981	16,7	33,5
I alt	1.422	8,4	26,9
I alt for mænd 30-64 år	1.425	10,7	31,7
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	-37	-0,5	-7,1
30-49 år	606	4,8	32,6
50-64 år	1.507	17,7	46,8
I alt	2.083	7,3	37,2
I alt for kvinder 30-64 år	2.116	10,0	41,7

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt mænd og kvinder med nakkesmerter ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt henholdsvis personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 18.7.2). Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med nakkesmerter er kendetegnet ved, at der blandt både mænd og kvinder ses en gradient, således at det ekstra antal personer med nytilkendt før-

tidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 601 og 747 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med nakkesmerter var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 42,2 % og 35,3 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med nakkesmerter i alderen 30-64 år.

**Tabel 18.7.2** Nakkesmerter. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med nakkesmerter og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	3.541	10,4	1.348	38,1
<b>Mænd</b>				
Grundskole	632	20,5	452	71,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	515	8,2	149	28,9
Videregående	168	5,8	ref.	ref.
Uoplyst	109	10,2		
I alt for mænd	1.425	10,7	601	42,2
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	595	14,8	314	52,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	1.054	11,8	432	41,0
Videregående	469	7,0	ref.	ref.
I alt for kvinder	2.118	10,0	747	35,3

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Gruppen med uoplyst som længst fuldførte uddannelse er ikke beregnet blandt kvinder pga. <5 observationer i gruppen.



## 18.8 Nakkesmerter og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 4.793,2 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.8.1).

Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp, medicin og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til fysioterapi og kiropraktor udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 18.8.1** Nakkesmerter. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med nakkesmerter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Fysioterapi og kiropraktor	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	217,1	209,9	3.134,5	525,3	759	4.845,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	5,4	5,6	36,8	-0,9	-	46,9
30-49 år	22,7	15,2	429,6	51,3	57,6	576,4
50-64 år	24,8	18,8	389,6	69,2	31,9	534,3
65-74 år	11,7	10,9	163,7	39,2	66,3	291,8
75+ år	9,9	6,5	113,7	30,3	117,4	277,8
I alt pr. 1.000 mænd	0,3	0,2	4,7	0,8	1,1	7,1
I alt for mænd	74,6	57,1	1.133,5	189,1	273,2	1.727,5
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	15,2	14,2	283,5	14,9	-	327,8
30-49 år	43,6	47,3	462,1	72,3	56,2	681,5
50-64 år	46,3	47,0	548,0	103,5	92	836,8
65-74 år	19,6	23,2	459,3	83,8	137,3	723,2
75+ år	17,8	21,0	248,1	61,7	200,3	548,9
I alt pr. 1.000 kvinder	0,3	0,4	4,8	0,8	1,2	7,5
I alt for kvinder	142,5	152,8	2.001,0	336,2	485,8	3.118,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ældredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 18.9 Nakkesmerter og produktionstab

Der er i alt et ekstra produktionstab på 17.970,4 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 18.9.1).

Ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger grundet produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til henholdsvis langvarigt sygefravær og for tidlig død

**Tabel 18.9.1** Nakkesmerter. Ekstra tabt produktion blandt personer med nakkesmerter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	3.871,4	12.984,6	1.114,4	17.970,4
<b>Mænd</b>				
16-29 år	114,7	-67,8	238,9	285,8
30-49 år	686,0	3.050,4	820,9	4.557,3
50-64 år	818,9	2.712,2	213,2	3.744,3
I alt pr. 1.000 mænd	6,7	23,9	5,3	35,9
I alt for mænd	1.624,0	5.774,2	1.273,0	8.671,2
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	181,5	-281,9	-	-100,4
30-49 år	1.132,2	3.495,5	-139,4	4.488,3
50-64 år	930,4	3.898,5	-19,3	4.809,6
I alt pr. 1.000 kvinder	5,4	17,2	0,4	22,2
I alt for kvinder	2.247,4	7.210,4	-158,6	9.299,2

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med nakkesmerter sammenlignet med personer uden nakkesmerter, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme

## 18.10 Referencer

1. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(2):284-99.
2. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;358:j3221.
3. Kim R, Wiest C, Clark K, Cook C, Horn M. Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review. *Musculoskeletal science & practice*. 2018;33:77-83.
4. Safiri S, Kolahi AA, Hoy D, Buchbinder R, Mansournia MA, Bettampadi D, et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990-2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;368:m791.
5. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, Haldeman S, Holm LW, Carragee EJ, et al. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2009;32(2 Suppl):S87-96.
6. Myhrvold BL, Irgens P, Robinson HS, Engebretsen K, Natvig B, Kongsted A, et al. Visual trajectory pattern as prognostic factors for neck pain. *European journal of pain (London, England)*. 2020;24(9):1752-64.
7. Kazeminasab S, Nejadghaderi SA, Amiri P, Pourfathi H, Araj-Khodaei M, Sullman MJM, et al. Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC musculoskeletal disorders*. 2022;23(1):26.
8. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. *Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017*. 2018.



# 19

**Slidgigt**

# 19. Slidgigt

I dette kapitel estimeres en ekstra byrde for personer med slidgigt i forhold til personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. For eksempel hvor mange ekstra personer med nytilkendt førtidspension og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med artrose i forhold til personer uden artrose.

I Danmark lever 915.507 personer med slidgigt i 2017.

Blandt personer med slidgigt, i forhold til personer uden slidgigt, er der årligt:

- 134 færre dødsfald blandt personer på 30 år eller derover.
- 31.885 ekstra antal planlagte og 37.842 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 10,4 % og 4,3 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.
- 595.413 ekstra antal planlagte og 35.498 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter svarende til henholdsvis 6,3 % og 3,9 % af alle planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter.
- 3.222.278 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svarende til 6,8 % af alle kontakter til praktiserende læge.
- 779.729 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor svarende til 15,9 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor.
- 1.835.310 ekstra sygedage svarende til 8,5 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år.
- 2.832 ekstra personer med nytilkendt førtidspension i alderen 30 år til 64 år svarende til 29,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner.
- 4613,8 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin.
- 12.445,2 mio. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død.

For nytilkendte førtidspensioner ses en social ulighed, der er kendetegnet ved en gradient, således at den ekstra byrde stiger med kortere uddannelse.

Slidgigt er en kronisk, degenerativ ledsygdom karakteriseret ved nedbrydning af brusk og væv i og omkring leddene. Symptomerne på slidgigt er ledsmerter, ømme og stive led samt knasen og skurren i leddene (1, 2). Personer med slidgigt er meget forskelligt påvirket af sygdommen. Mens nogle lever fint med slidgigt og ikke føler syge, kan det hos andre give voldsomme smerter og påvirke både funktionsevne, bevægelighed, arbejdsevne og livskvalitet (3). Sygdomsforløbet kan være præget af stærke smerter afbrudt af kortere eller længere intervaller med lette eller ingen smerter (2). Slidgigt i knæ, hofte og hænder er tungtvejende årsager til funktionsnedsættelse (2).

Forekomsten af slidgigt er større blandt kvinder end blandt mænd og stiger med alderen (4). I takt med en stigende andel af ældre i befolkningen samt en

større andel overvægtige og fysisk inaktive forventes det, at en større andel af befolkningen fremover vil få slidgigt (3, 5). Risikoen for udvikling af slidgigt er forhøjet ved overvægt, fysisk inaktivitet, tidligere skader i knogler eller led (for eksempel brækket ben eller ledbåndsskade), muskelsvaghed samt kraftig og vedvarende belastning af bestemte led (2, 4, 5). Arvelige anlæg spiller også en rolle (4, 5).

Slidgigt er i denne rapport defineret som personer, der i NATSUP-17 har angivet at have nuværende slidgigt eller tidligere slidgigt med nuværende eftervirkninger (6). Se bilag 1 (bilagstabel 21.2) for definition og kilder til identifikation af populationen.

## 19.1 Forekomst af slidgigt

Opgørelsen over eksisterende sygdomstilfælde af slidgigt er estimeret ud fra oplysninger fra NATSUP-2017. Baseret på denne opgørelse lever i alt 915.507 personer med slidgigt i Danmark. Heraf er 364.759 mænd og 550.748 kvinder, svarende til henholdsvis 15.581,7 pr. 100.000 mænd og 22.987,8 pr. 100.000 kvinder (Tabel 19.1.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (antal pr. 100.000 personer), stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde af slidgigt med stigende alder.

Nye sygdomstilfælde af slidgigt er ikke blevet opgjort i dette kapitel. Det skyldes, at NATSUP-2017 kun indeholder oplysninger om den aktuelle sygdomsstatus og dermed ikke oplysninger om sygdommens varighed eller begyndelsestidspunkt, hvorfor det ikke er muligt at opgøre nye sygdomstilfælde på baggrund af denne.

**Tabel 19.1.1** Slidgigt. Eksisterende sygdomstilfælde. Antal, rate og antal pr. 100.000 opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Eksisterende sygdomstilfælde	
	Antal	Antal pr. 100.000 personer
I alt	915.507	19.327,6
I alt 30+ år	901.141	24.457,4
<b>Mænd</b>		
16-29 år	6.397	1.189,5
30-49 år	55.458	7.577,0
50-64 år	138.168	24.493,7
65-74 år	97.886	31.204,5
75+ år	66.849	34.564,0
I alt for mænd	364.759	15.581,7
I alt for mænd 30+ år	358.361	19.874,5
<b>Kvinder</b>		
16-29 år	7.969	1.549,0
30-49 år	69.541	9.670,6
50-64 år	191.330	33.936,3
65-74 år	150.508	45.270,8
75+ år	131.401	49.388,2
I alt for kvinder	550.748	22.987,8
I alt for kvinder 30+ år	542.780	28.849,7

Datakilde: NATSUP-2017.

### Social ulighed i forekomst

Blandt både mænd og kvinder ses det højeste antal eksisterende sygdomstilfælde blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.1.2). Den sociale ulighed i antallet af eksisterende sygdomstilfælde af slidgigt er kendetegnet ved, at der er en gradient, således at antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer blandt både mænd og kvinder

stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 84.264 og 74.770 færre sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder, hvis antallet af eksisterende sygdomstilfælde af slidgigt i hele befolkningen var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 23,5 % og 13,8 % færre eksisterende sygdomstilfælde blandt mænd og kvinder i alderen 30 år eller derover.

**Table 19.1.2** Slidgigt. Eksisterende sygdomstilfælde og ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Eksisterende sygdomstilfælde			
	Eksisterende sygdomstilfælde	Antal pr. 100.000 personer	Ekstra eksisterende sygdomstilfælde i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	901.141	24.247,8	159.034	17,6
<b>Mænd</b>				
Grundskole	110.443	25.433,8	41.706	37,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	165.537	20.302,1	42.558	25,7
Videregående	68.955	14.980,8	ref.	ref.
Uoplyst	13.427	25.161,0		
I alt for mænd	358.361	20.065,0	84.264	23,5
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	197.621	35.010,7	49.839	25,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	198.693	27.861,8	24.931	12,5
Videregående	131.152	24.256,1	ref.	ref.
Uoplyst	15.314	31.666,5		
I alt for kvinder	542.780	28.087,7	74.770	13,8

Datakilde: NATSUP-17.

Note: Antal pr. 100.000 personer er aldersstandardiseret.



## 19.2 Slidgigt og dødelighed

Der er årligt henholdsvis 22 og 112 færre ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med slidgigt i alderen 30 år eller derover sammenlignet med mænd og kvinder uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.2.1). De negative estimater er et udtryk for, at der ses færre dødsfald blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt.

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer), er det ekstra antal dødsfald blandt personer med slidgigt højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år. Blandt kvinder er aldersgruppen 75 år eller derover, den eneste aldersgruppe, hvor der ses flere dødsfald sammenlignet med kvinder uden slidgigt.

**Tabel 19.2.1** Slidgigt. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med nakkesmerter og andelen af alle dødsfald opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle dødsfald
I alt 30+ år	-134	-0,1	-0,3
<b>Mænd</b>			
30-49 år	81	1,5	8,8
50-64 år	85	0,6	2,2
65-74 år	-349	-3,6	-5,3
75+ år	161	2,4	1,0
I alt for mænd 30+ år	-22	-0,1	-0,1
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	-31	-0,4	-5,6
50-64 år	-66	-0,3	-2,7
65-74 år	-441	-2,9	-9,6
75+ år	426	3,2	2,3
I alt for kvinder 30+ år	-112	-0,2	-0,4

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.

### Social ulighed i dødelighed

Blandt mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal dødsfald i alt blandt henholdsvis personer med videregående uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.2.2). De negative estimater er et udtryk for, at der ses færre dødsfald blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt. Den sociale ulighed i dødelighed blandt personer med slidgigt er kendetegnet ved, at der blandt mænd ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer falder gradvist med kor-

tere uddannelse. Blandt kvinder ses social ulighed i dødelighed ved, at det ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer er højest blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 689 flere og 145 færre dødsfald blandt mænd og kvinder med slidgigt, hvis dødeligheden blandt personer med slidgigt var den samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse.

**Table 19.2.2** Slidgigt. Ekstra antal dødsfald, ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer med slidgigt og ekstra dødsfald i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal dødsfald	Ekstra antal dødsfald pr. 1.000 personer	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt 30+ år	-134	-0,1	-544	406,0
<b>Mænd</b>				
Grundskole	-156	-1,4	-343	219,6
Erhvervsfaglig/gymnasial	-68	-0,4	-346	506,6
Videregående	116	1,7	ref.	ref.
Uoplyst	87	6,3		
I alt for mænd	-22	-0,1	-689	3.122,5
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	49	0,2	244	495,2
Erhvervsfaglig/gymnasial	-294	-1,5	-99	33,5
Videregående	-129	-1,0	ref.	ref.
Uoplyst	262	16,7		
I alt for kvinder	-112	-0,2	145	-129,7

Datakilde: Dødsårsagsregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal dødsfald er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### 19.3 Slidgigt og planlagte og akutte indlæggelser

#### **Planlagte somatiske indlæggelser**

Der er årligt 31.885 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med slidgigt højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 7,6 % og 12,9 % af alle planlagte somatiske indlæggelser.

#### **Akutte somatiske indlæggelser**

For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 37.842 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med slidgigt sam-

menlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.3.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt personer med slidgigt højest blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 4,2 % og 4,5 % af alle akutte somatiske indlæggelser.

#### **Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med slidgigt er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 219 færre planlagte psykiatriske indlæggelser og 266 færre akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.3.1).

**Table 19.3.1** Slidgigt. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle indlæggelser opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte indlæggelser			Akutte indlæggelser		
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle indlæggelser
<b>Somatiske indlæggelser</b>						
I alt	31.885	34,8	10,4	37.842	41,3	4,3
I alt 30+ år	31.874	35,4	11,6	37.897	42,1	4,9
<b>Mænd</b>						
16-29 år	-	-	-	144	22,5	0,5
30-49 år	1.017	18,3	4,9	1.918	34,6	3,3
50-64 år	3.620	26,2	9,0	6.254	45,3	6,5
65-74 år	4.231	43,2	10,1	4.492	45,9	4,4
75+ år	1.835	27,5	6,4	4.323	64,7	3,5
I alt for mænd	10.704	29,3	7,6	17.130	47,0	4,2
I alt for mænd 30+ år	10.704	29,9	8,1	16.986	47,4	4,5
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	11	1,4	0,1	-198	-24,9	-0,3
30-49 år	3.384	48,7	8,5	3.293	47,4	3,7
50-64 år	5.703	29,8	14,4	7.428	38,8	9,8
65-74 år	6.396	42,5	18,1	4.077	27,1	5,0
75+ år	5.687	43,3	19,1	6.113	46,5	4,2
I alt for kvinder	21.182	38,5	12,9	20.712	37,6	4,5
I alt for kvinder 30+ år	21.170	39,0	14,7	20.910	38,5	5,4
<b>Psykiatriske indlæggelser</b>						
I alt	-219	-0,2	-2,0	-266	-0,3	-0,7
I alt 30+ år	-104	-0,1	-1,3	496	0,6	1,9

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.

**Social ulighed i planlagte somatiske indlæggelser**

Blandt mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.3.2). Der ses social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt kvinder med slidgigt, hvor det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole. Blandt mænd er det ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer højest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 924 og 932 færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med slidgigt, hvis indlæggelsesmønstret blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 8,6 % og 4,4 % færre planlagte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder.

**Social ulighed i akutte somatiske indlæggelser**

Blandt både mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal akutte somatiske indlæggelser i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.3.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser, hvor det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer er højest blandt personer med videregående uddannelse, mens der ikke er nogen nævneværdig forskel blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt kvinder med slidgigt er kendetegnet ved, at der ses en omvendt gradient, således at det ekstra antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 personer falder gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 8.532 og 5.171 flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med slidgigt, hvis indlæggelsesmønstret blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 50,2 % og 24,7 % flere akutte somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder.

**Tabel 19.3.2** Slidgigt. Planlagte og akutte somatiske indlæggelser. Ekstra antal indlæggelser, ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer med slidgigt og ekstra indlæggelser i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte indlæggelser				Akutte indlæggelser			
	Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal indlæggelser	Ekstra antal indlæggelser pr. 1.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske indlæggelser</b>								
I alt	31.874	33,9	1.856	5,8	37.897	42,3	-13.703	-36,2
<b>Mænd</b>								
Grundskole	2.413	21,4	-383	-15,9	4.082	36,2	-3.408	-83,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	5.472	32,6	1.308	23,9	6.029	35,9	-5.124	-85,0
Videregående	1.735	24,8	ref.	ref.	4.648	66,4	ref.	ref.
Uoplyst	1.083	78,8			2.227	162,0		
I alt for mænd	10.704	29,3	924	8,6	16.986	46,6	-8.532	-50,2
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	8.583	42,8	1.325	15,4	5.090	25,4	-3.742	-73,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	6.905	34,2	-393	-5,7	7.452	36,9	-1.428	-19,2
Videregående	4.793	36,2	ref.	ref.	5.833	44,0	ref.	ref.
Uoplyst	889	56,8			2.535	162,1		
I alt for kvinder	21.170	38,4	932	4,4	20.910	38,0	-5.171	-24,7

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske indlæggelser er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.4 Slidgigt og planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter

### **Planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter**

Der er årligt 595.413 ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 5,6 % og 6,7 % af alle planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### **Akutte somatiske ambulante hospitalskontakter**

For de akutte somatiske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 35.498 ekstra antal akutte ambulante kontakter blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.4.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer), er det ekstra antal akutte somatiske am-

bulante kontakter højest blandt mænd i aldersgrupperne 16-29 år og blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 3,2 % og 4,6 % af alle akutte somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder.

### **Planlagte og akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter**

Planlagte og akutte psykiatriske indlæggelser er ikke blevet opdelt efter køn og alder i dette kapitel. Der er årligt 40.665 ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.4.1). Ekstra antal planlagte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med slidgigt udgør 3,7 % af alle planlagte psykiatriske ambulante kontakter. For de akutte psykiatriske ambulante kontakter gælder det, at der årligt er 1.426 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme. Ekstra antal akutte psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med slidgigt udgør 2,4 % af alle akutte psykiatriske ambulante kontakter.

**Tabel 19.4.1** Slidgigt. Planlagte og akutte ambulante hospitalskontakter (somatiske og psykiatriske). Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle planlagte og akutte ambulante kontakter opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Planlagte ambulante kontakter			Akutte ambulante kontakter		
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel af alle kontakter
<b>Somatiske kontakter</b>						
I alt	595.413	650,4	6,3	35.498	38,8	3,9
I alt 30+ år	588.320	652,9	7,0	35.216	39,1	5,2
<b>Mænd</b>						
16-29 år	3.439	537,5	1,1	533	83,3	0,5
30-49 år	40.143	723,8	5,6	2.595	46,8	2,2
50-64 år	81.899	592,8	7,5	6.471	46,8	7,0
65-74 år	62.060	634,0	6,0	2.953	30,2	4,9
75+ år	29.721	444,6	4,0	1.901	28,4	3,0
I alt for mænd	217.262	595,6	5,6	14.452	39,6	3,2
I alt for mænd 30+ år	213.823	596,7	6,0	13.919	38,8	4,1
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	3.654	458,5	0,4	-251	-31,5	-0,2
30-49 år	77.491	1.114,3	5,3	3.255	46,8	2,8
50-64 år	118.867	621,3	8,1	9.688	50,6	11,2
65-74 år	82.373	547,3	7,9	3.001	19,9	5,1
75+ år	95.766	728,8	11,9	5.353	40,7	6,3
I alt for kvinder	378.152	686,6	6,7	21.046	38,2	4,6
I alt for kvinder 30+ år	374.498	690,0	7,8	21.297	39,2	6,2
<b>Psykiatriske kontakter</b>						
I alt	40.665	44,4	3,7	1.426	1,6	2,4
I alt 30+ år	42.525	47,2	6,4	1.639	1,8	4,2

Datakilde: Landspatientregisteret.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter (somatiske og psykiatriske) er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.



### ***Social ulighed i planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt både mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.4.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt hverken mænd eller kvinder med slidgigt. Det ses ved, at det ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt både mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 10.300 og 19.033 flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med slidgigt, hvis kontaktmønsteret blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 4,8 % og 5,1 % flere planlagte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

### ***Social ulighed i akutte somatiske ambulante hospitalskontakter***

Blandt mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.4.2). Der ses ikke social ulighed i ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt hverken mænd eller kvinder med slidgigt. Det ses ved, at det ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter pr. 1.000 personer er højest blandt både mænd og kvinder med videregående uddannelse, men lavest blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 2.560 og 7.252 flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med slidgigt, hvis kontaktmønsteret blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 18,4 % og 34,1 % flere akutte somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder.

**Tabel 19.4.2** Slidgigt. Planlagte og akutte somatiske ambulante hospitalskontakter. Ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter, ekstra antal planlagte og akutte ambulante kontakter pr. 1.000 personer med slidgigt og ekstra planlagte og akutte ambulante kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Planlagte ambulante kontakter				Akkutte ambulante kontakter			
	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse		Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)			Antal	Andel (%)
<b>Somatiske kontakter</b>								
I alt	588.320	633,1	-29.333	-5,0	35.216	38,4	-9.812	-27,9
<b>Mænd</b>								
Grundskole	52.908	468,7	-13.080	-24,7	4.696	41,6	-257	-5,5
Erhvervsfaglig/ gymnasial	101.027	601,1	2.780	2,8	5.070	30,2	-2.304	-45,4
Videregående	40.944	584,5	ref.	ref.	3.073	43,9	ref.	ref.
Uoplyst	18.944	1.377,8			1.081	78,6		
I alt for mænd	213.823	586,2	-10.300	-4,8	13.919	38,2	-2.560	-18,4
<b>Kvinder</b>								
Grundskole	117.567	585,7	-22.157	-18,8	6.929	34,5	-3.090	-44,6
Erhvervsfaglig/ gymnasial	143.615	711,6	3.124	2,2	5.912	29,3	-4.162	-70,4
Videregående	92.274	696,1	ref.	ref.	6.616	49,9	ref.	ref.
Uoplyst	21.040	1.345,2			1.840	117,7		
I alt for kvinder	374.498	680,0	-19.033	-5,1	21.297	38,7	-7.252	-34,1

Datakilde: Landspatientregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal planlagte og akutte somatiske ambulante kontakter er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.5 Slidgigt og praksissektor

Der er årligt 3.222.278 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.5.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med slidgigt højest blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 6,0 % og 7,3 % af alle kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder.

**Tabel 19.5.1** Slidgigt. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	3.222.278	3.519,7	6,8
I alt 30+ år	3.193.298	3.543,6	7,9
<b>Mænd</b>			
16-29 år	16.034	2.506,3	0,8
30-49 år	152.515	2.750,1	4,2
50-64 år	426.326	3.085,6	9,1
65-74 år	306.449	3.130,7	7,2
75+ år	206.497	3.089,0	5,4
I alt for mænd	1.107.819	3.037,1	6,0
I alt for mænd 30+ år	1.091.785	3.046,6	6,7
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	12.946	1.624,7	0,3
30-49 år	255.044	3.667,5	3,5
50-64 år	691.896	3.616,3	11,1
65-74 år	545.437	3.624,0	11,1
75+ år	609.137	4.635,7	10,8
I alt for kvinder	2.114.459	3.839,2	7,3
I alt for kvinder 30+ år	2.101.513	3.871,8	8,7

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### **Social ulighed i kontakt til alment praktiserende læge**

Blandt mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge i alt blandt henholdsvis personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.5.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, hvor det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ikke ses nogen nævneværdig forskel blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den

sociale ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder med slidgigt er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således at det ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være 82.552 og 192.791 færre kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis mænd og kvinder med slidgigt, hvis kontaktmønsteret blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til henholdsvis 7,6 % og 9,2 % færre kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder med slidgigt i alderen 30 år eller derover.

**Tabel 19.5.2** Slidgigt. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer med slidgigt og ekstra kontakter i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt 30+-årige.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Ekstra kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	3.193.298	3.404,5	275.342	8,6
<b>Mænd</b>				
Grundskole	379.392	3.360,8	82.956	21,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	440.949	2.623,5	-405	-0,1
Videregående	183.933	2.625,9	ref.	ref.
Uoplyst	87.513	6.364,9		
I alt for mænd	1.091.785	2.993,2	82.552	7,6
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	792.475	3.948,1	132.868	16,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	723.149	3.583,0	59.923	8,3
Videregående	435.607	3.286,1	ref.	ref.
Uoplyst	150.285	9.608,6		
I alt for kvinder	2.101.513	3.815,7	192.791	9,2

Datakilde: Sygesikringsregisteret og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

### **Kontakter til fysioterapeut og kiropraktor**

Der er årligt 779.729 ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.5.3).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt personer med slidgigt højest blandt mænd i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover.

Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 9,8 % og 19,3 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor blandt henholdsvis mænd og kvinder.

**Tabel 19.5.3** Slidgigt. Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor, ekstra kontakter pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	779.729	851,7	15,7
I alt 30+ år	771.454	856,1	17,0
<b>Mænd</b>			
16-29 år	2.601	406,6	1,5
30-49 år	33.937	611,9	6,5
50-64 år	80.633	583,6	14,7
65-74 år	41.048	419,3	10,4
75+ år	27.112	405,6	10,5
I alt for mænd	185.331	508,1	9,8
I alt for mænd 30+ år	182.730	509,9	10,6
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	5.674	712,0	2,2
30-49 år	81.447	1.171,2	10,1
50-64 år	161.454	843,9	17,3
65-74 år	172.309	1.144,8	26,6
75+ år	173.514	1.320,5	39,5
I alt for kvinder	594.398	1.079,3	19,3
I alt for kvinder 30+ år	588.724	1.084,6	20,8

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til fysioterapeut og kiropraktor er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.6 Slidgigt og langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 16-64 år er der årligt 1.835.310 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.6.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer), er det ekstra antal sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år.

Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 9,0 % og 8,1 % af alle sygedage blandt mænd og kvinder.

**Tabel 19.6.1** Slidgigt. Ekstra antal sygedage blandt personer med slidgigt, ekstra antal sygedage pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle sygedage for erhvervsaktive opdelt efter køn og aldersgrupper, for langvarigt sygefravær. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 16-64 år.

	Ekstra antal kontakter	Ekstra antal kontakter pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle kontakter
I alt	1.835.310	4.978,9	8,5
I alt 30+ år	1.817.589	5.123,9	9,6
<b>Mænd</b>			
16-29 år	9.015	1.445,4	0,7
30-49 år	219.924	4.317,5	5,7
50-64 år	577.212	5.383,2	14,8
I alt for mænd	806.151	4.903,5	9,0
I alt for mænd 30+ år	797.136	5.039,9	10,3
<b>Kvinder</b>			
16-29 år	8.706	1.137,5	0,6
30-49 år	364.469	5.882,0	5,9
50-64 år	655.984	4.873,6	13,2
I alt for kvinder	1.029.159	5.039,5	8,1
I alt for kvinder 30+ år	1.020.453	5.191,5	9,1

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.7 Slidgigt og nytilkendte førtidspensioner

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 30-64 år er der årligt 2.832 ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.7.1).

Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer), er det ekstra

antal personer med nytilkendt førtidspension højest blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 50-64 år.

Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med slidgigt udgør henholdsvis 22,6 % og 32,4 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

**Tabel 19.7.1** Slidgigt. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension på grund af slidgigt, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med slidgigt og andelen af alle personer med nytilkendt førtidspension opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Andel (%) af alle nytilkendte førtidspensioner
I alt 30+ år	2.832	8,0	29,6
<b>Mænd</b>			
30-49 år	342	6,7	21,9
50-64 år	864	8,1	29,5
I alt for mænd 30-64 år	1.190	7,5	22,5
<b>Kvinder</b>			
30-49 år	359	5,8	19,4
50-64 år	1.283	9,5	39,8
I alt for kvinder 30-64 år	1.708	8,7	33,6

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM).

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

Note 2: Aldersgruppen 16-29 år blandt både mænd og kvinder er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne gruppe.

### Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner

Blandt både mænd og kvinder med slidgigt ses det højeste ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension i alt blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (Tabel 19.7.2). Blandt mænd ses social ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, hvor det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens antallet er det samme blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ekstra antal personer med nytilkendt

førtidspension blandt kvinder med slidgigt er kendetegnet ved, at der ses en gradient, således det ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer stiger gradvist med kortere uddannelse. Der ville årligt være henholdsvis 217 og 847 færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder, hvis mønsteret for førtidspensionering blandt personer med slidgigt var det samme som i gruppen af personer med videregående uddannelse. Det svarer til 18,3 % og 51,5 % færre personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder med slidgigt i alderen 30-64 år.

**Tabel 19.7.2** Slidgigt. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension, ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer med slidgigt og ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til personer med videregående uddannelse opdelt efter køn og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018 blandt personer i alderen 30-64 år.

	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension	Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension pr. 1.000 personer	Ekstra personer med nytilkendt førtidspension i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
I alt	2.833	7,9	1.064	37,5
<b>Mænd</b>				
Grundskole	475	12,3	223	46,8
Erhvervsfaglig/gymnasial	513	6,5	-5	-1,0
Videregående	220	6,5	ref.	ref.
Uoplyst	-19	-2,9		
I alt for mænd	1.190	7,5	217	18,3
<b>Kvinder</b>				
Grundskole	590	13,5	418	70,9
Erhvervsfaglig/gymnasial	757	9,1	429	56,6
Videregående	250	3,9	ref.	ref.
Uoplyst	47	8,2		
I alt for kvinder	1.644	8,4	847	51,5

Datakilde: DREAM-register, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) og NATSUP-2017.

Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.



## 19.8 Slidgigt og omkostninger i sundhedsvæsenet

Der er i alt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 4.613,8 mio. kr. pr. år til behandling, pleje og medicin til personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.8.1).

Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger ekstra omkostninger til medicin, hjemmehjælp og praksissektoren, mens ekstra omkostninger til fysioterapi og kiropraktor udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet.

**Tabel 19.8.1** Slidgigt. Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin blandt personer med slidgigt opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Sektor	Ekstra omkostninger til behandling, pleje og medicin (mio. 2018-kr.)					I alt
	Praksis	Fysioterapi og kiropraktor	Sygehus	Medicin	Hjemmehjælp	
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt:	275,1	201,0	2.975,9	712,6	449,2	4.613,8
<b>Mænd</b>						
16-29 år	1,5	0,8	17,4	1,4	-	21,1
30-49 år	13,8	9,2	153,2	48,3	51	275,5
50-64 år	37,5	20,8	569,2	80,1	-58,9	648,7
65-74 år	27,8	11,1	550,6	75,5	44,1	709,1
75+ år	18,8	7,6	35,5	33,5	96,7	192,1
I alt pr. 1.000 mænd	0,3	0,1	3,6	0,7	0,4	5,1
I alt for mænd	99,3	49,5	1.325,9	238,7	132,9	1.846,3
<b>Kvinder</b>						
16-29 år	0,8	1,7	-82,9	1,8	-	-78,6
30-49 år	22,2	21,5	408,1	63,3	-13,5	501,6
50-64 år	58,4	42,0	483,9	164,6	19,3	768,2
65-74 år	45,5	42,5	455,7	132,0	21,9	697,6
75+ år	48,9	43,7	385,1	112,2	288,6	878,5
I alt pr. 1.000 kvinder	0,3	0,3	3,0	0,9	0,6	5,1
I alt for kvinder	175,7	151,4	1.650,0	473,9	316,3	2.767,3

Datakilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Ælredokumentationen.

Note: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.9 Slidgigt og produktionstab

Der er i alt ekstra omkostninger i produktionstab på 12.445,2 mio. kr. pr. år grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme (Tabel 19.9.1).

Ekstra omkostninger til nytilkendte førtidspensioner udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab. Herefter følger ekstra omkostninger til henholdsvis langvarigt sygefravær og tidlig død.

**Tabel 19.9.1** Slidgigt. Ekstra produktionstab blandt personer med slidgigt opdelt efter køn og aldersgrupper. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

Tabt produktion	Ekstra omkostninger i produktionstab (mio. 2018-kr.)			
	Langvarigt sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Tabt produktion i alt:	2.845,4	9.118,5	481,3	12.445,2
<b>Mænd</b>				
16-29 år	3,0	-	-	3,0
30-49 år	410,2	2.046,8	468,7	2.925,7
50-64 år	941,8	2.040,4	336,1	3.318,3
I alt pr. 1.000 mænd	3,7	11,3	2,2	17,2
I alt for mænd	1.361,2	4.112,2	804,8	6.278,2
<b>Kvinder</b>				
16-29 år	6,9	-	-	6,9
30-49 år	548,7	1.922,7	-107,3	2.364,1
50-64 år	920,5	3.057,1	-216,2	3.761,4
I alt pr. 1.000 kvinder	2,7	9,1	-0,6	11,2
I alt for kvinder	1.484,2	5.006,3	-323,5	6.167,0

Datakilde: DREAM-register og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM), CPR-registeret og tabeller fra Statistikbanken for køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 (RAS110), overlevelsestavler (HISB9) og gennemsnitlige lønindkomster for 2017 og 2018 (LON50).

Note: Ekstra omkostninger i produktionstab er opgjort blandt personer med slidgigt sammenlignet med personer uden slidgigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

## 19.10 Referencer

- Gigtforeningen. Viden om gigt [09.09.2022]. Available from: <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/slidgigt/>.
- Whittaker JL, Runhaar J, Bierma-Zeinstra S, Roos EM. A lifespan approach to osteoarthritis prevention. *Osteoarthritis and cartilage*. 2021;29(12):1638-53.
- Pereira D, Ramos E, Branco J. Osteoarthritis. *Acta medica portuguesa*. 2015;28(1):99-106.
- Vina ER, Kwok CK. Epidemiology of osteoarthritis: literature update. *Current opinion in rheumatology*. 2018;30(2):160-7.
- Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, Goldring MB, et al. Osteoarthritis. *Nature reviews Disease primers*. 2016;2:16072.
- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.



20

**Multisygdom**

## 20. Multisygdom

I dette kapitel beskrives forekomsten af multisygdom blandt populationen af personer, der har én eller flere af de 15 udvalgte sygdomme, som indgår i denne rapport. Ved multisygdom forstås samtidig tilstedeværelse af to eller flere sygdomme. Den samlede population, der har to eller flere af de 15 udvalgte sygdomme, udgør 1.204.397 personer, hvilket svarer til 25,6 % af den danske befolkning i alderen 16 år eller derover.

Opgørelser i dette kapitel er baseret på deltagere fra NATSUP-2017 (1). Det skyldes, at NATSUP-2017 indeholder selvrapporeret information om sundhed og sygelighed, som ikke er tilgængelig i administrative registre. Ved at benytte deltagere fra NATSUP-2017 er det muligt at inddrage forekomsten af lænderygmerter, nakkesmerter og slidgigt i opgørelserne af multisygdom. Forekomsten af de andre 12 sygdomme er opgjort på baggrund af udvalgte registre på samme vis som i de tilsvarende kapitler i rapporten. Se bilag 1 (bilagstabel 21.1) for definition og kilder til identifikation af populationen.

For at sikre repræsentativitet af opgørelser på baggrund af NATSUP-2017, er der foretaget en vægtning for bortfald (non-response) (1). For at beregne forekomsten af multisygdom i hele den danske befolkning er besvarelserne desuden vægtet op til hele populationens størrelse. Forekomsten af multisygdom i nærværende rapport er en deskriptiv analyse, der omfatter de 15 udvalgte sygdomme, der indgår i rapportens øvrige kapitler. Der henvises til rapporten Multisygdom i Danmark for en bredere afdækning af mønsteret af multisygdom i Danmark (2).

Tabel 20.1 viser forekomsten af en eller flere af de 15 udvalgte sygdomme opdelt efter køn, alder og længst fuldførte uddannelse. Det fremgår af tabellen, at der forekommer et betydeligt overlap mellem tilstedeværelsen af de udvalgte sygdomme, idet 51,5 % af populationen har to eller flere af de udvalgte sygdomme, 27,7 % har to af de udvalgte sygdomme, 20,2 % har tre til fire af de udvalgte sygdomme og 3,6 % har fem eller flere af de udvalgte sygdomme. Der forekommer desuden et betydeligt overlap mellem tilstedeværelsen af de 15 udvalgte sygdomme og anden sygdom, der rækker ud over de 15 udvalgte sygdomme. Det ses ved at CCI er højt for stort set alle sygdomme særligt for sygdomme, hvor gennemsnitsalderen blandt personer med sygdommen er høj. Se bilag 1 (bilagstabel 21.3 – bilagstabel 21.17).

Det fremgår endvidere af tabellen, at forekomsten af multisygdom er en smule højere blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten af multisygdom stiger med alderen, således at den højeste forekomst af multisygdom, uanset antal sygdomme, ses blandt personer i alderen 75 år eller derover. Der ses endvidere social ulighed i forekomsten af multisygdom, idet forekomsten af multisygdom, uanset antal sygdomme, stiger med kortere uddannelse



**Tabel 20.1** Multisygdom. Forekomsten af multisygdom i populationen af personer, der har én eller flere af 15 udvalgte sygdomme. Opdelt efter køn, alder og længst fuldførte uddannelse. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	1 sygdom		2+ sygdomme		2 sygdomme		3-4 sygdomme		5+ sygdomme		I alt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
<b>I alt</b>	1.132.243	48,5	1.204.397	51,5	648.188	27,7	472.682	20,2	83.527	3,6	2.336.640	
<b>Mænd</b>	534.575	51,4	505.284	48,6	280.033	26,9	190.076	18,3	35.176	3,4	1.039.858	
<b>Alder</b>												
Middelværdi	52,0		58,7		56,5		61,2		63,0			
16-29 år	79.078	71,0	32.295	29,0	25.804	23,2	6.247	5,6	244	0,2	111.373	
30-49 år	154.601	59,3	106.345	40,8	66.526	25,5	34.988	13,4	4.830	1,9	260.946	
50-64 år	146.085	47,1	164.277	52,9	84.937	27,4	65.256	21,0	14.084	4,5	310.362	
65-74 år	94.369	46,2	110.013	53,8	56.718	27,8	44.418	21,7	8.877	4,3	204.382	
75+ år	60.441	39,6	92.354	60,4	46.048	30,1	39.165	25,6	7.140	4,7	152.795	
<b>Uddannelse</b>												
Grundskole	143.403	45,2	174.071	54,8	87.856	27,7	70.610	22,2	15.605	4,9	317.473	
Erhvervsfaglig/gymnasial	232.102	51,1	221.726	48,9	125.021	27,6	83.116	18,3	13.589	3,0	453.827	
Videregående	130.936	60,7	84.707	39,3	53.191	24,7	27.437	12,7	4.079	1,9	215.643	
Uoplyst	28.134	53,2	24.780	46,8	13.965	26,4	8.913	16,8	1.902	3,6	52.914	
<b>Kvinder</b>	597.669	46,1	699.113	53,9	368.156	28,4	282.607	21,8	48.351	3,7	1.296.782	
<b>Alder</b>												
Middelværdi	51,6		57,8		55,1		60,0		64,9			
16-29 år	101.092	51,0	64.615	39,0	48.074	29,0	15.788	9,5	754	0,5	165.707	
30-49 år	168.486	51,6	157.951	48,4	94.049	28,8	58.018	17,8	5.884	1,8	326.437	
50-64 år	151.787	42,9	201.859	57,1	94.069	26,6	90.920	25,7	16.870	4,8	353.646	
65-74 år	102.449	43,6	132.678	56,4	65.148	27,7	55.902	23,8	11.627	5,0	235.127	
75+ år	73.855	34,2	142.011	65,8	66.815	31,0	61.979	28,7	13.217	6,1	215.866	
<b>Uddannelse</b>												
Grundskole	166.759	38,5	266.462	61,5	126.284	29,2	115.562	26,7	24.616	5,7	433.221	
Erhvervsfaglig/gymnasial	221.641	46,4	256.454	53,6	136.978	28,7	103.151	21,6	16.325	3,4	478.094	
Videregående	178.817	54,1	151.537	45,9	90.982	27,5	54.766	16,6	5.790	1,8	330.355	
Uoplyst	30.452	55,3	24.660	44,8	13.911	25,2	9.128	16,6	1.621	2,9	55.112	

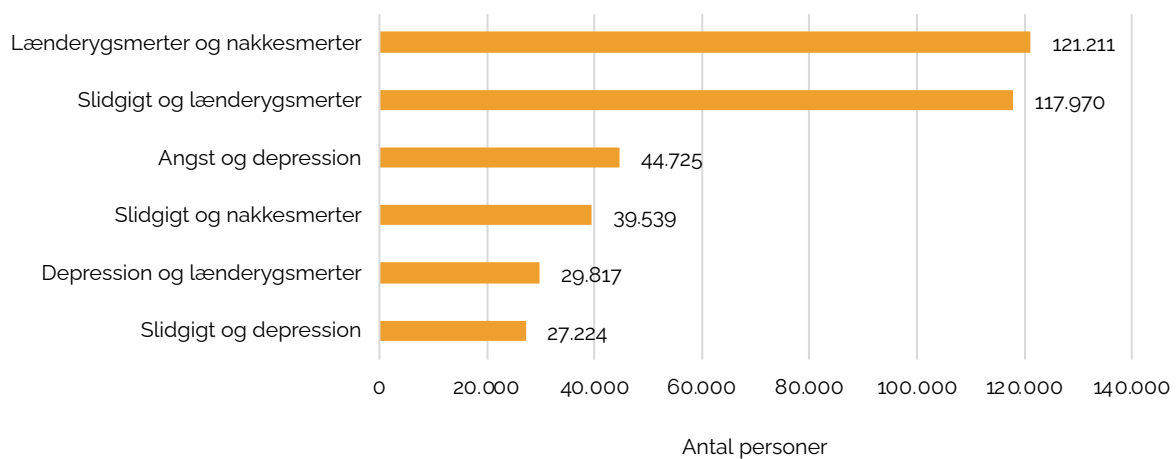
Datakilde: NATSUP-17.

## 20.1 Hyppige sygdomskombinationer

Figur 20.1 viser de hyppigste sygdomskombinationer ved tilstedeværelse af to af de 15 udvalgte sygdomme. Det fremgår af figuren, at lænderygsmerter samt nakkesmerter udgør den hyppigste sygdomskombination efterfulgt af slidgigt samt lænderygsmerter.

Herefter følger angst og depression samt slidgigt og nakkesmerter. De hyppigste sygdomskombinationer ved tilstedeværelsen af to sygdomme er ens på tværs af de tre uddannelsesgrupper; grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse (data ikke vist).

**Figur 20.1.1** Multisygdom. Hyppigste kombinationer af sygdomme ved tilstedeværelsen af to sygdomme.



## 20.2 Referencer

1. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.
2. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.





# 21

## **Bilag 1: Sygdomme**

# 21. Bilag 1: Sygdomme

**Bilagstabel 21.1** Afgrænsning af udvalgte sygdomme på baggrund af registre.

Sygdom	ICD-10 koder	Diagnose	ATC-koder	Register	Kilde
Lungekræft	C33, C34	-	-	Cancerregisteret	(1)
Tyk- og endetarmskræft	C18, C20	-	-	Cancerregisteret	(1)
Brystkræft	C50	-	-	Cancerregisteret	(1)
Diabetes Type-II	E11 (eksklusiv personer, der også har haft kontakt med enten E282 eller O244)	A og B	A10B (eksklusiv A10BJ02), A10AE56	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(2)
Alkoholrelateret sygelighed	F10, K70, K85.2, X45, X65, Y15, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3,	A og B	N07BB01, N07BB03	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	
Depression	F32, F33, F341, F0632	A og B	N06A med indikationskode 168	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(3)
Demens (Kun personer der er 65 år eller derover)	F00, F01, F02, F03, G30, G31.0B, G31.8, G31.8E, G31.9	A og B	N06D	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(2)
Angst	F40.1, F41.1	A og B	Alle recepter med indikationskoder 163 og 371	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(4)
Skizofreni	F20.0-F20.9	A og B	N05A fraset lithium (N05AN), acepromazin (N05AA04), prochlorperazine (N05AB04) og droperidol (N05AD08).	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(5)
Iskæmisk hjertesygdom	I20-I25	A og B		Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret	(3)
Apopleksi	I60-I61, I63-I64, Z501	A A (i kombination med I61, I63-I64 som B diagnose)		Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret	(3)
KOL	J44	A og B	Alle recepter med indikationskoder 379 og 464 uanset lægemiddel samt R03AC18, R03AC19, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL09, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03DX07	Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret	(2)

Datakilde: Sygesikringsregisteret.

Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge er opgjort blandt personer med slidigt sammenlignet med personer uden slidigt, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.

**Bilagstabel 21.2** Afgrænsning af udvalgte sygdomme på baggrund af besvarelser fra NATSUP-2017.

Sygdom/ smerter	Spørgsmål	Identifikation
Lænderygsmerter	Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?	"Ja, meget generet  versus
	Var du meget eller lidt generet af det? Smerter eller ubehag i ryg eller lænd?  eller	"Ja, lidt generet", "Nej".
	For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere.	"Ja, det har jeg nu", "Ja, det har jeg haft tidligere (og har stadig eftervirkninger)".  versus
	Diskusprolaps eller andre rygsygdomme?	"Nej, det har jeg aldrig haft", "Ja, det har jeg haft tidligere (men har ikke eftervirkninger)".
Nakkesmerter	Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?	"Ja, meget generet".
	Var du meget eller lidt generet af det?	versus
	Smerter eller ubehag i skulder eller nakke?	"Ja, lidt generet", "Nej".
Slidgigt	For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere.	"Ja, det har jeg nu", "Ja, det har jeg haft tidligere (og har stadig eftervirkninger)".  versus
	Slidgigt?	"Nej, det har jeg aldrig haft", "Ja, det har jeg haft tidligere (men har ikke eftervirkninger)".

**Bilagstabel 21.3** Beskrivelse af personer med lungekræft og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	14.986	74.922
Nye sygdomstilfælde	4.851 (32,4)	24.251 (32,4)
Eksisterende sygdomstilfælde	10.136 (67,6)	50.672 (67,6)
<b>Køn</b>		
Mænd	6.886 (45,9)	34.425 (45,9)
Kvinder	8.101 (54,1)	40.497 (54,1)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	70,4 (9,4)	70,4 (9,4)
16-29 år	-	-
30-49 år	280 (1,9)	1.395 (1,9)
50-64 år	3.462 (23,1)	17.327 (23,1)
65-74 år	6.127 (40,9)	30.595 (40,8)
75+ år	5.118 (34,1)	25.606 (34,2)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	6.344 (42,3)	31.720 (42,3)
Erhvervsfaglig/gymnasial	5.985 (39,9)	29.925 (39,9)
Videregående	2.287 (15,3)	11.431 (15,3)
Uoplyst	371 (2,5)	1.847 (2,5)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	7.196 (48,0)	35.977 (48,0)
1	4.354 (29,1)	21.768 (29,1)
2	1.868 (12,5)	9.340 (12,5)
3	873 (5,8)	4.362 (5,8)
4	402 (2,7)	2.004 (2,7)
5+	295 (2,0)	1.473 (2,0)

Note: Aldersgruppen 16-29 år er ikke beregnet pga. <5 observationer i denne aldersgruppe. (1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med lungekræft og referencepopulation beregnet uden at inddrage kræftsygdomme og metastaser.

**Bilagstabel 21.4** Beskrivelse af personer med brystkræft og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	44.876	224.331
Nye sygdomstilfælde	4.885 (10,9)	24.421 (10,9)
Eksisterende sygdomstilfælde	39.991 (89,1)	199.910 (89,1)
<b>Køn</b>		
Mænd	279 (0,6)	1.395 (0,6)
Kvinder	44.597 (99,4)	222.936 (99,4)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	65,8 (12,5)	65,8 (12,4)
16-29 år	45 (0,1)	226 (0,1)
30-49 år	4.612 (10,3)	23.118 (10,3)
50-64 år	14.902 (33,2)	74.398 (33,2)
65-74 år	14.491 (32,3)	72.504 (32,3)
75+ år	10.826 (24,1)	54.086 (24,1)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	13.468 (30,0)	67.339 (30,0)
Erhvervsfaglig/gymnasial	17.069 (38,0)	85.332 (38,0)
Videregående	13.459 (30,0)	67.284 (30,0)
Uoplyst	880 (2,0)	4.377 (2,0)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	33.286 (74,2)	166.421 (74,2)
1	7.641 (17,0)	38.199 (17,0)
2	2.446 (5,5)	12.230 (5,5)
3	851 (1,9)	4.255 (1,9)
4	357 (0,8)	1.766 (0,8)
5+	296 (0,7)	1.461 (0,7)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med brystkræft og referencepopulation beregnet uden at inddrage kræftsygdomme og metastaser.

**Bilagstabel 21.5** Beskrivelse af personer med tyk- og endetarmskræft og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	32.090	160.413
Nye sygdomstilfælde	4.988 (15,5)	24.932 (15,5)
Eksisterende sygdomstilfælde	27.102 (84,5)	135.481 (84,5)
<b>Køn</b>		
Mænd	17.294 (53,9)	86.454 (53,9)
Kvinder	14.796 (46,1)	73.959 (46,1)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	71,8 (10,8)	71,8 (10,8)
16-29 år	38 (0,1)	189 (0,1)
30-49 år	910 (2,8)	4.591 (2,9)
50-64 år	6.253 (19,5)	31.243 (19,5)
65-74 år	11.519 (35,9)	57.563 (35,9)
75+ år	13.371 (41,7)	66.828 (41,7)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	11.019 (34,3)	55.093 (34,3)
Erhvervsfaglig/gymnasial	13.390 (41,7)	66.943 (41,7)
Videregående	6.988 (21,8)	34.935 (21,8)
Uoplyst	693 (2,2)	3.443 (2,1)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	19.262 (60,0)	96.307 (60,0)
1	7.356 (22,9)	36.775 (22,9)
2	3.050 (9,5)	15.243 (9,5)
3	1.332 (4,1)	6.655 (4,1)
4	592 (1,8)	2.948 (1,8)
5*	499 (1,6)	2.486 (1,5)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med tyk- og endetarmskræft og referencepopulation beregnet uden at inddrage kræftsygdomme og metastaser.

**Bilagstabel 21.6** Beskrivelse af personer med type 2-diabetes og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	263.606	1.317.513
Nye sygdomstilfælde	14.169 (5,4)	70.822 (5,4)
Eksisterende sygdomstilfælde	249.437 (94,6)	246.691 (94,6)
<b>Køn</b>		
Mænd	146.400 (55,5)	731.746 (55,5)
Kvinder	117.206 (44,5)	585.768 (44,5)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	65,1 (13,7)	65,1 (13,7)
16-29 år	3.603 (1,4)	17.990 (1,4)
30-49 år	30.639 (11,6)	153.100 (11,6)
50-64 år	80.875 (30,7)	404.352 (30,7)
65-74 år	81.456 (30,9)	407.178 (30,9)
75+ år	67.033 (25,4)	334.894 (25,4)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	101.787 (38,6)	508.899 (38,6)
Erhvervsfaglig/gymnasial	106.373 (40,4)	531.832 (40,4)
Videregående	45.009 (17,1)	225.019 (17,1)
Uoplyst	10.438 (4,0)	51.765 (3,9)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	157.078 (59,6)	785.379 (59,6)
1	48.080 (18,2)	240.382 (18,2)
2	31.023 (11,8)	155.086 (11,8)
3	13.894 (5,3)	69.401 (5,3)
4	6.187 (2,3)	30.672 (2,3)
5*	7.345 (2,8)	36.594 (2,8)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med type 2-diabetes og referencepopulation beregnet uden at inddrage diabetes (med og uden komplikationer).



**Bilagstabel 21.7** Beskrivelse af personer med alkoholrelateret sygelighed og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	143.949	719.474
Nye sygdomstilfælde	7.961 (5,5)	39.800 (5,5)
Eksisterende sygdomstilfælde	135.988 (94,5)	679.674 (94,5)
<b>Køn</b>		
Mænd	94.447 (65,6)	472.074 (65,6)
Kvinder	49.502 (34,4)	247.401 (34,4)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	50,2 (17,7)	50,2 (17,7)
16-29 år	27.660 (19,2)	138.242 (19,2)
30-49 år	35.618 (24,7)	177.947 (24,7)
50-64 år	45.904 (31,9)	229.486 (31,9)
65-74 år	24.744 (17,2)	123.715 (17,2)
75+ år	10.023 (7,0)	50.085 (7,0)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	57.029 (39,6)	285.085 (39,6)
Erhvervsfaglig/gymnasial	58.421 (40,6)	292.074 (40,6)
Videregående	23.065 (16,0)	115.293 (16,0)
Uoplyst	5.435 (3,8)	27.023 (3,8)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI)</b>		
0	91.046 (63,2)	455.228 (63,3)
1	24.078 (16,7)	120.381 (16,7)
2	12.611 (8,8)	63.051 (8,8)
3	7.528 (5,2)	37.592 (5,2)
4	3.748 (2,6)	18.554 (2,6)
5+	4.939 (3,4)	24.669 (3,4)

**Bilagstabel 21.8** Beskrivelse af personer med depression og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	611.126	3.054.545
Nye sygdomstilfælde	23.197 (3,8)	115.918 (3,8)
Eksisterende sygdomstilfælde	587.930 (96,2)	2.938.628 (96,2)
<b>Køn</b>		
Mænd	226.042 (37,0)	129.819 (37,0)
Kvinder	385.084 (63,0)	924.727 (63,0)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	52,9 (18,3)	52,9 (18,3)
16-29 år	73.653 (12,1)	368.040 (12,0)
30-49 år	197.324 (32,3)	986.261 (32,3)
50-64 år	168.412 (27,6)	841.969 (27,6)
65-74 år	86.242 (14,1)	431.203 (14,1)
75+ år	85.496 (14,0)	427.073 (14,0)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	210.009 (34,4)	049.754 (34,4)
Erhvervsfaglig/gymnasial	239.970 (39,3)	199.712 (39,3)
Videregående	142.109 (23,3)	710.375 (23,3)
Uoplyst	19.039 (3,1)	94.705 (3,1)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI)</b>		
0	422.795 (69,2)	113.955 (69,2)
1	90.616 (14,8)	453.023 (14,8)
2	51.102 (8,4)	255.458 (8,4)
3	22.534 (3,7)	112.514 (3,7)
4	10.194 (1,7)	50.402 (1,7)
5+	13.887 (2,3)	69.195 (2,3)

**Bilagstabel 21.9** Beskrivelse af personer med angst og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	200.963	1.004.548
Nye sygdomstilfælde	11.247 (5,6)	56.218 (5,6)
Eksisterende sygdomstilfælde	189.717 (94,4)	948.330 (94,4)
<b>Køn</b>		
Mænd	70.220 (34,9)	351.007 (34,9)
Kvinder	130.743 (65,1)	653.541 (65,1)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	50,3 (17,9)	50,3 (17,9)
16-29 år	29.568 (14,7)	147.766 (14,7)
30-49 år	70.658 (35,2)	353.202 (35,2)
50-64 år	53.682 (26,7)	268.337 (26,7)
65-74 år	26.258 (13,1)	131.313 (13,1)
75+ år	20.799 (10,3)	103.931 (10,3)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	73.768 (36,7)	368.769 (36,7)
Erhvervsfaglig/gymnasial	75.778 (37,7)	378.862 (37,7)
Videregående	45.367 (22,6)	226.785 (22,6)
Uoplyst	6.051 (3,0)	30.133 (3,0)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI)</b>		
0	144.321 (71,8)	721.593 (71,8)
1	28.254 (14,1)	141.262 (14,1)
2	15.318 (7,6)	76.584 (7,6)
3	6.410 (3,2)	32.008 (3,2)
4	2.847 (1,4)	14.075 (1,4)
5+	3.814 (1,9)	19.027 (1,9)

**Bilagstabel 21.10** Beskrivelse af personer med skizofreni og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	29.127	145.556
Nye sygdomstilfælde	1.412 (4,8)	7.058 (4,8)
Eksisterende sygdomstilfælde	27.715 (95,2)	138.498 (95,2)
<b>Køn</b>		
Mænd	16.971 (58,3)	84.817 (58,3)
Kvinder	12.156 (41,7)	60.739 (41,7)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	42,5 (15,4)	42,5 (15,4)
16-29 år	7.439 (25,5)	37.183 (25,5)
30-49 år	11.896 (40,8)	59.421 (40,8)
50-64 år	7.102 (24,4)	35.502 (24,4)
65-74 år	2.031 (7,0)	10.151 (7,0)
75+ år	660 (2,3)	3.300 (2,3)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	16.515 (56,7)	82.542 (56,7)
Erhvervsfaglig/gymnasial	8.365 (28,7)	41.815 (28,7)
Videregående	2.845 (9,8)	14.222 (9,8)
Uoplyst	1.403 (4,8)	6.977 (4,8)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI)</b>		
0	22.280 (76,5)	111.398 (76,5)
1	3.940 (13,5)	19.698 (13,5)
2	1.677 (5,8)	8.383 (5,8)
3	623 (2,1)	3.104 (2,1)
4	273 (0,9)	1.306 (0,9)
5+	336 (1,2)	1.669 (1,1)

**Bilagstabel 21.11** Beskrivelse af personer med demens og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	40.207	200.921
Nye sygdomstilfælde	7.216 (17,9)	36.037 (17,9)
Eksisterende sygdomstilfælde	32.991 (82,1)	164.884 (82,1)
<b>Køn</b>		
Mænd	15.849 (39,4)	79.194 (39,4)
Kvinder	24.358 (60,6)	121.727 (60,6)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	81,6 (7,3)	81,6 (7,3)
65-74 år	7.444 (18,5)	37.246 (18,5)
75+ år	32.763 (81,5)	163.675 (81,5)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	18.881 (47,0)	94.390 (47,0)
Erhvervsfaglig/gymnasial	13.301 (33,1)	66.484 (33,1)
Videregående	6.642 (16,5)	33.185 (16,5)
Uoplyst	1.383 (3,4)	6.862 (3,4)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	18.741 (46,6)	93.683 (46,6)
1	9.649 (24,0)	48.218 (24,0)
2	6.046 (15,0)	30.220 (15,0)
3	3.067 (7,6)	15.316 (7,6)
4	1.386 (3,4)	6.905 (3,4)
5+	1.318 (3,3)	6.579 (3,3)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med Alzheimer og anden demenssygdom og referencepopulation beregnet uden at inddrage demens.

**Bilagstabel 21.12** Beskrivelse af personer med iskæmisk hjertesygdom og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	222.546	1.111.854
Nye sygdomstilfælde	18.490 (8,3)	92.385 (8,3)
Eksisterende sygdomstilfælde	204.056 (91,7)	019.470 (91,7)
<b>Køn</b>		
Mænd	135.662 (61,0)	677.805 (61,0)
Kvinder	86.884 (39,0)	434.049 (39,0)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	68,9 (12,6)	68,9 (12,5)
16-29 år	767 (0,3)	3.828 (0,3)
30-49 år	14.592 (6,6)	72.875 (6,6)
50-64 år	61.300 (27,5)	306.481 (27,6)
65-74 år	68.983 (31,0)	344.878 (31,0)
75+ år	76.905 (34,6)	383.793 (34,5)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	81.317 (36,5)	406.521 (36,6)
Erhvervsfaglig/gymnasial	91.252 (41,0)	456.171 (41,0)
Videregående	42.874 (19,3)	214.270 (19,3)
Uoplyst	7.104 (3,2)	34.893 (3,1)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	103.848 (46,7)	519.214 (46,7)
1	48.974 (22,0)	244.836 (22,0)
2	33.554 (15,1)	167.695 (15,1)
3	17.430 (7,8)	86.978 (7,8)
4	8.881 (4,0)	44.017 (4,0)
5*	9.860 (4,4)	49.116 (4,4)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med iskæmisk hjertesygdom og referencepopulation beregnet uden at inddrage myokardie-infarkt og cerebrovaskulær sygdom.

**Bilagstabel 21.13** Beskrivelse af personer med apopleksi og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	93.810	468.648
Nye sygdomstilfælde	13.456 (14,3)	67.207 (14,3)
Eksisterende sygdomstilfælde	80.354 (85,7)	401.442 (85,7)
<b>Køn</b>		
Mænd	51.418 (54,8)	256.896 (54,8)
Kvinder	42.392 (45,2)	211.752 (45,2)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	69,4 (14,0)	69,4 (14,0)
16-29 år	942 (1,0)	4.644 (1,0)
30-49 år	7.169 (7,6)	35.818 (7,6)
50-64 år	22.491 (24,0)	112.423 (24,0)
65-74 år	26.705 (28,5)	133.524 (28,5)
75+ år	36.504 (38,9)	182.241 (38,9)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	35.253 (37,6)	176.223 (37,6)
Erhvervsfaglig/gymnasial	37.744 (40,2)	188.653 (40,3)
Videregående	18.073 (19,3)	90.284 (19,3)
Uoplyst	2.740 (2,9)	13.489 (2,9)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI)</b>		
0	6.751 (7,2)	33.753 (7,2)
1	44.358 (47,3)	221.752 (47,3)
2	17.031 (18,2)	85.104 (18,2)
3	13.088 (14,0)	65.372 (13,9)
4	5.934 (6,3)	29.518 (6,3)
5+	6.649 (7,1)	33.151 (7,1)

**Bilagstabel 21.14** Beskrivelse af personer med KOL og referencepopulation. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	184.316	921.366
Nye sygdomstilfælde	15.404 (8,4)	76.997 (8,4)
Eksisterende sygdomstilfælde	168.912 (91,6)	844.369 (91,6)
<b>Køn</b>		
Mænd	85.891 (46,6)	429.351 (46,6)
Kvinder	98.425 (53,4)	492.015 (53,4)
<b>Alder</b>		
Middelværdi (standardafvigelse)	68,9 (12,5)	68,9 (12,5)
16-29 år	1.566 (0,8)	7.825 (0,8)
30-49 år	10.856 (5,9)	54.255 (5,9)
50-64 år	47.994 (26,0)	239.939 (26,0)
65-74 år	60.418 (32,8)	302.034 (32,8)
75+ år	63.482 (34,4)	317.314 (34,4)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>		
Grundskole	82.210 (44,6)	411.033 (44,6)
Erhvervsfaglig/gymnasial	70.155 (38,1)	350.767 (38,1)
Videregående	26.801 (14,5)	133.980 (14,5)
Uoplyst	5.151 (2,8)	25.587 (2,8)
<b>Sygelighed (Charlson Comorbidity Index / CCI) (1)</b>		
0	97.407 (52,8)	487.028 (52,9)
1	34.714 (18,8)	173.557 (18,8)
2	25.911 (14,1)	129.538 (14,1)
3	12.528 (6,8)	62.599 (6,8)
4	5.923 (3,2)	29.529 (3,2)
5+	7.834 (4,3)	39.116 (4,2)

(1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med KOL og referencepopulation beregnet uden at inddrage kronisk lungesygdom.



**Bilagstabel 21.15** Beskrivelse af personer med lænderygsmarter og referencepopulation. Alle personer er eksisterende sygdomstilfælde. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ikke vægtet		Vægtet	
	Sygdomstilfælde	Referencepopulation	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	38.368	190.711	970.289	4.808.322
<b>Køn</b>				
Mænd	16.476 (42,9)	81.889 (42,9)	431.593 (44,5)	139.865 (44,5)
Kvinder	21.892 (57,1)	108.822 (57,1)	538.695 (55,5)	668.457 (55,5)
<b>Alder</b>				
Middelværdi (SD)	55,2 (17,2)	55,1 (17,1)	52,5 (-)	52,4 (-)
16-29 år	3.613 (9,4)	18.017 (9,4)	129.366 (13,3)	645.285 (13,4)
30-49 år	9.825 (25,6)	48.740 (25,6)	284.998 (29,4)	409.930 (29,3)
50-64 år	12.509 (32,6)	62.268 (32,7)	288.218 (29,7)	429.854 (29,7)
65-74 år	7.468 (19,5)	37.350 (19,6)	147.847 (15,2)	738.424 (15,4)
75+ år	4.954 (12,9)	24.337 (12,8)	119.859 (12,4)	584.829 (12,2)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>				
Grundskole	11.278 (29,4)	56.257 (29,5)	321.146 (33,1)	600.599 (33,3)
Erhvervsfaglig/gymnasial	16.550 (43,1)	82.648 (43,3)	385.862 (39,8)	926.777 (40,1)
Videregående	9.350 (24,4)	46.531 (24,4)	204.994 (21,1)	018.900 (21,2)
Uoplyst	1.191 (3,1)	5.276 (2,8)	58.287 (6,0)	262.046 (5,4)
<b>Sygelighed (CCI) (1)</b>				
0	28.397 (74,0)	141.945 (74,4)	734.055 (75,7)	666.833 (76,3)
1-2	7.886 (20,6)	38.992 (20,4)	187.488 (19,3)	918.228 (19,1)
3+	2.085 (5,4)	9.775 (5,1)	48.746 (5,0)	223.261 (4,6)

SD, standardafvigelse; CCI, Charlson Comorbidity Index. (1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med lænderygsmarter og referencepopulation beregnet uden at inddrage reumatiske sygdomme.

**Bilagstabel 21.16** Beskrivelse af personer med nakkesmerter og referencepopulation. Alle personer er eksisterende sygdomstilfælde. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ikke vægtet		Vægtet	
	Sygdomstilfælde	Referencepopulation	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	25.350	126.091	659.811	3.274.292
<b>Køn</b>				
Mænd	8.770 (34,6)	43.583 (34,6)	241.701 (36,6)	199.065 (36,6)
Kvinder	16.580 (65,4)	82.509 (65,4)	418.109 (63,4)	075.227 (63,4)
<b>Alder</b>				
Middelværdi (SD)	51,6 (17,1)	51,6 (17,1)	49,0 (0)	48,9 (0)
16-29 år	3.251 (12,8)	16.207 (12,9)	113.330 (17,2)	564.626 (17,2)
30-49 år	7.531 (29,7)	37.355 (29,6)	217.493 (33,0)	076.508 (32,9)
50-64 år	8.592 (33,9)	42.765 (33,9)	198.186 (30,0)	983.770 (30,0)
65-74 år	3.700 (14,6)	18.499 (14,7)	74.299 (11,3)	371.196 (11,3)
75+ år	2.277 (9,0)	11.267 (8,9)	56.504 (8,6)	278.193 (8,5)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>				
Grundskole	7.446 (29,4)	37.099 (29,4)	216.727 (32,8)	079.425 (33,0)
Erhvervsfaglig/gymnasial	10.955 (43,2)	54.697 (43,4)	262.725 (39,8)	311.420 (40,1)
Videregående	6.164 (24,3)	30.704 (24,4)	140.551 (21,3)	699.457 (21,4)
Uoplyst	785 (3,1)	3.592 (2,8)	39.808 (6,0)	183.991 (5,6)
<b>Sygelighed (CCI) (1)</b>				
0	19.476 (76,8)	97.354 (77,2)	516.456 (78,3)	580.970 (78,8)
1-2	4.716 (18,6)	23.356 (18,5)	115.151 (17,5)	564.867 (17,3)
3+	1.159 (4,6)	5.382 (4,3)	28.203 (4,3)	128.456 (3,9)

SD, standardafvigelse; CCI, Charlson Comorbidity Index. (1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med nakkesmerter og referencepopulation beregnet uden at inddrage reumatiske sygdomme.

**Bilagstabel 21.17** Beskrivelse af personer med slidgigt og referencepopulation. Alle personer er eksisterende sygdomstilfælde. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

	Ikke vægtet		Vægtet	
	Sygdomstilfælde	Referencepopulation	Sygdomstilfælde	Referencepopulation
I alt	41.313	204.370	915.507	4.510.899
<b>Køn</b>				
Mænd	16.303 (39,5)	80.716 (39,5)	364.759 (39,8)	800.539 (39,9)
Kvinder	25.010 (60,5)	123.654 (60,5)	550.748 (60,2)	710.360 (60,1)
<b>Alder</b>				
Middelværdi (SD)	64,0 (12,7)	63,8 (12,6)	63,4 ( )	63,2 ( )
16-29 år	430 (1,0)	2.138 (1,0)	14.366 (1,6)	71.271 (1,6)
30-49 år	4.658 (11,3)	23.144 (11,3)	124.999 (13,7)	620.062 (13,7)
50-64 år	15.069 (36,5)	75.081 (36,7)	329.497 (36,0)	637.671 (36,3)
65-74 år	12.791 (31,0)	63.702 (31,2)	248.394 (27,1)	235.584 (27,4)
75+ år	8.366 (20,2)	40.307 (19,7)	198.250 (21,7)	946.311 (21,0)
<b>Længst fuldførte uddannelse</b>				
Grundskole	12.144 (29,4)	60.315 (29,5)	313.612 (34,3)	555.618 (34,5)
Erhvervsfaglig/gymnasial	17.742 (42,9)	88.316 (43,2)	369.901 (40,4)	840.187 (40,8)
Videregående	10.697 (25,9)	52.888 (25,9)	202.604 (22,1)	999.812 (22,2)
Uoplyst	731 (1,8)	2.851 (1,4)	29.390 (3,2)	115.282 (2,6)
<b>Sygelighed (CCI) (1)</b>				
0	29.342 (71,0)	146.304 (71,6)	646.976 (70,7)	221.723 (71,4)
1-2	9.534 (23,1)	46.865 (22,9)	212.201 (23,2)	034.575 (22,9)
3+	2.437 (5,9)	11.202 (5,5)	56.330 (6,2)	254.601 (5,6)

SD, standardafvigelse; CCI, Charlson Comorbidity Index. (1) Charlson Comorbidity Index er blandt personer med slidgigt og referencepopulation beregnet uden at inddrage reumatiske sygdomme.

## 21.1 Referencer

1. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2019 - Cancerregisteret. 2021.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2021.
3. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glümer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. *Scandinavian journal of public health*. 2016;44(5):462-79.
4. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity—A register-based population study. *BMC public health*. 2017;17(1):1-11.



# 22

**Bilag 2:  
Datakilder**

## 22. Bilag 2: Datakilder

Byrdemålene i denne rapport bygger på beregninger lavet på baggrund af oplysninger i en række administrative registre, dels på sundhedsområdet (eksempelvis Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret), og dels på det sociale område (eksempelvis Indkomstregister, DREAM). Dertil er benyttet et antal forskningsdatabaser (Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Cancerregisteret). For alle databaserne gælder, at oplysninger om personer på 16 år eller derover. Opgørelser er lavet via Danmarks Statistiks forskningsservice.

### 22.1 Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR) blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med adresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål. Efterfølgende er oplysninger om alle nulevende personer med dansk bopælsadresse registreret i CPR registeret. Alle personer, som er registreret i CPR er tildelt et unikt 10-cifret personidentifikationsnummer (CPR-nr.), hvilket muliggør en kobling på tværs af de nationale registre. Udover kobling på tværs af registre indeholder registeret information om køn, fødselsdato, forældres CPR-nummer, civilstand og oprindelsesland m.m.(1).

### 22.2 Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder sygehuskontakter på danske offentlige såvel som private hospitaler, både på somatiske (siden 1977) og psykiatriske afdelinger (siden 1995). I denne rapport er der opgjort både akutte og planlagte ambulante hospitalskontakter og indlæggelser. Registret er anvendt således, at alle kontakter, der har været aktive i perioden fra 2007 til 2018, er medtaget, ligesom der er medtaget besøg fra både afsluttede og uafsluttede kontakter (2). Desuden benyttes afregningsdatasættene for perioden 2017 til 2018, som tager udgangspunkt i kontakter i Landspatientregisteret og knytter afregningstakster til de enkelte behandlinger.

Til somatiske indlæggelser tilknyttes DRG-takster (DRG står for Diagnoserelaterede Grupper), og til somatiske ambulante hospitalskontakter tilknyttes DAGS-takster (DAGS står for Dansk Ambulant Grup-

peringsystem). Både DRG- og DAGS-taksterne er en beregning af sygehusenes gennemsnitlige omkostninger fordelt på forskellige diagnosegrupper. Til psykiatriske indlæggelser tilknyttes en senge-dagstakst og til psykiatriske ambulante hospitalskontakter en besøgstakst.

### 22.3 Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret rummer i dets nærværende form alle dødsfald i Danmark siden 1970 (3). Der er for hvert dødsfald angivet identifikation af personen, dødsdato, en tilgrundliggende dødsårsag og eventuelt medvirkende dødsårsager. I denne rapport anvendes dødsfald registreret i perioden 2017 til 2018, og der anvendes udelukkende den tilgrundliggende dødsårsag til identifikation af nye sygdomstilfælde for personer med en given sygdom. I opgørelser af antal dødsfald indgår alle dødsfald uanset dødsårsag.

### 22.4 Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter m.fl., så længe ydelserne foregår i regi af den offentlige sygesikring. Registret indeholder alle kontakter siden 1990, men der er i denne rapport kun benyttet kontakter for årene 2017-2018. Til kontakterne er knyttet oplysninger om blandt andet yderens speciale, modtagerens personnummer, tidspunkt for ydelse og yderens honorar. Der er ikke registreret oplysninger om årsagen til ydelsen eller diagnosen for den tilgrundliggende sygdom (4). Af Sygesikringsregisteret fremgår den del af yderens bruttohonorar, der er finansieret gennem den offentlige sygesikring. Behandlinger ved alment praktiserende læge er vederlagsfri, i modsætning til andre behandlinger, såsom kiropraktor, psykolog m.fl. For at kunne prissætte behandlinger, der ikke er vederlagsfri, benyttes tilskudsprocenter for fysioterapi (40 %), kiropraktik (20 % normalt tilskud, 25 % til kronikere), fodterapi (60 % for patienter med diabetes) og psykologhjælp (60 %), således at den benyttede pris udgør de fulde omkostninger og ikke kun den tilskudsberettigede del.

## 22.5 Cancerregisteret

Cancerregisteret indeholder oplysninger om alle kræftdiagnoser (ondartede tumorer og i nogen grad også godartede tumorer) stillet siden 1943, og indberetning har været obligatorisk siden 1987. Registret er en sammenstilling af oplysninger fra en række kilder, der efterfølgende verificeres, og registret er dermed en samlet indgang til oplysninger om kræfttilfælde i den danske befolkning. Registret indeholder blandt andet oplysninger om personnummer, kræftdiagnose (4) og dato for kræftdiagnose (5). Vi inddrager alle kræfttumorer, dvs. ikke kun første (primære) tumorer.

## 22.6 Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om alle indløste recepter på danske apoteker. Registret dækker perioden fra 1995 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra årene 2017-2018. For hver indløst recept er der tilknyttet oplysninger om blandt andet typen af medicin (efter ATC-kodesystemet) (8), dosis, personnummer, dato for indløsning og pris (9).

## 22.7 Ældredokumentation

I nærværende rapport benyttes den del af Ældredokumentationen, der indeholder oplysninger om leveret hjemmehjælp og leveret praktisk hjælp. Ældredokumentationen består af data, der dannes ud fra kommunernes månedlige indberetninger af leverede ydelser. Data fra Ældredokumentationen dækker fra 2011 og frem. Fra registret benyttes variabelen for den gennemsnitlige leverede hjemmehjælp per uge i minutter, samt den gennemsnitlige leverede praktiske hjælp per uge i minutter og hændelsesmåned for den leverede hjemmehjælp og praktiske hjælp (6).

## 22.8 Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er en spørgeskemaundersøgelse af den voksne befolknings sundhed og sygelighed gennemført i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. I undersøgelsen er der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor. Det vil sige data, som ikke er tilgængelige i de nationale danske registre på sundhedsområdet, og derfor supplerer Den Nationale Sundhedsprofil 2017 med viden om den ikke-institutionsbehandlede sygelighed, dødelighed og sociale begivenheder. I denne rapport er Den Nationale Sundhedsprofil 2017 anvendt til identifikation af populationen med lænderygsmærter, nakkesmerter og slidgigt. Den Nationale Sundhedsprofil 2017 omfatter 183.372 personer, hvilket svarer til 58,7 % af de adspurgte. De inviterede personer er udtrukket repræsentativt således at der kan laves opgørelser både på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Idet personer, der vælger ikke at svare, ikke fordeler sig jævnt i befolkningen, er der for at sikre repræsentativiteten af opgørelserne på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2017 foretaget en opregning, der er udarbejdet af Dataindsamling og Metode ved Danmarks Statistik – en såkaldt vægtning for non-response (7). For at beregne byrden for hele den danske befolkning er vægtningen desuden beregnet, så der vægtes op til hele populationens størrelse. Undersøgelsen er finansieret af de fem regioner, Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed.



## 22.9 Uddannelsesregistret

Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1.oktober hvert år. Registret dækker perioden 1974 og frem (8). I registeret er uddannelserne klassificeret i henhold til Danmarks Statistiks Klassifikationssystem (DISCED-15) samt International Classification of Education (ISCED2011). Højest fuldførte uddannelse i et givet år er opgjort pr. 30. september i året forinden. I denne rapport benyttes variabelen for højest fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier: grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

## 22.10 Arbejdsklassifikationsmodulet

Arbejdsklassifikationsmodulet indeholder information om hovedindkomstkilden for borgere i Danmark (18). Hovedindkomstkilden er den primære kilde til indtægt et givent år og kan for eksempel være arbejde, uddannelsesstøtte eller overførselsindkomst. Registret dækker perioden 1991 og fremefter (9). Variablen for socioøkonomiske klassifikation SOCIO13, der benytter oplysninger om den væsentligste indkomstkilde eller beskæftigelse, benyttes i denne rapport til at afgrænse populationen til opgørelser vedrørende nytilkendte førtidspension og sygedage ved langvarigt sygefravær personer, til personer der ikke modtager førtidspension, efterløn eller pension ved indgangen til det enkelte opgørelsesår. Disse betegnes i rapporten som den erhvervsaktive del af befolkningen.

## 22.11 Andre datakilder

Udover de beskrevne registre og spørgeskemadata benyttes data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken). Der benyttes køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2017 og 2018 fra tabel RAS110, køns- og aldersspecifik løn for 2017 og 2018 fra tabel LON50. Desuden udtrækkes overlevelsestavler fra tabel HISBg til brug for de sundhedsøkonomiske opgørelser af tabt produktion. Fra tabel PRIS114 benyttes prisindeks fordelt på varegruppe for årene 2017-2018 til beregning af 2018-priser til brug for de sundhedsøkonomiske opgørelser.

Timepriser på praktisk hjælp og på personlig pleje inden for hjemmehjælpsområdet hentet fra Fritvalgsdatabasen (10). Der er udtrukket priser per 1. januar 2017 og 2018. Et kommunalt gennemsnit for prisen på en times leveret praktisk hjælp er beregnet baseret på 68 kommuner med tilgængelig information. Et kommunalt gennemsnit for prisen på en times leveret personlig pleje er beregnet baseret på 71 kommuner med tilgængelig information.

Opgørelser over personer, der modtager sygedagpenge og personer der får tilkendt førtidspension er baseret på informationer fra DREAM-registeret og omfatter personer i alderen 25-64 år (11). Opgørelserne for sygedagpenge og nytilkendte førtidspensioner inkluderer kun den erhvervsaktive del af befolkningen, hvilket her er defineret som personer i alderen 25-64 år, der er i til rådighed for arbejdsmarkedet.

## 22.12 Referencer

1. Pedersen CB. The Danish civil registration system. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):22-5.
2. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish national patient register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):30-3.
3. Helweg-Larsen K. The Danish register of causes of death. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):26-9.
4. Sahl Andersen J, De Fine Olivarius N, Krasnik A. The Danish national health service register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):34-7.
5. Gjerstorff ML. The Danish cancer registry. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):42-5.
6. Statistik D. Ældredokumentationen: Danmarks statistik 2021 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation>].
7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.
8. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish education registers. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):91-4.
9. Petersson F, Baadsgaard M, Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7\_suppl):95-8.
10. Fritvalgsdatabasen. 2022 [Available from: <https://fritvalgsdatabasen.dk>].
11. Rekruttering, SfAo. DREAM vejledning version 46. Notat. 2021.

**Sundhed for alle ♥ + ●**