



SUNDHEDSSTYRELSEN



Social ulighed i sundhed og sygdom

Udviklingen i Danmark
i perioden 2010 – 2017



SDU 

**Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut
for Folkesundhed, Syddansk Universitet af:**

Caroline Holt Udesen, videnskabelig assistent

Carina Skaarup, videnskabelig assistent

Maria Nivi Schmidt Petersen, videnskabelig assistent

Annette Kjær Ersbøll, professor.



Forord

"Sundhed for alle" blev i 1981 lanceret af danskeren Halfdan Mahler, generaldirektør for WHO, som overskrift for den første egentlige globale sundhedsstrategi. Sundhed blev defineret som mere end fravær af sygdom: som en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Og med 'Sundhed for alle' pegede WHO på et bredere samfundsmæssigt sigte: at sundhed for alle må være målet for økonomisk og samfundsmæssig udvikling, og ikke blot et middel til at opnå denne udvikling.

Strategien for 'Sundhed for alle' understreger samtidig, at sundhedsfremme ikke alene kan løses inden for sundhedssektoren, men skal integreres bredt i alle politikområder, herunder beskæftigelse, uddannelse, bolig, social, infrastruktur, skat, økonomi osv. Hvis det skal lykkes at reducere ulighed i sundhed, kræver det en betydelig indsats på mange politikområder - 'Health in all policies' – og med inddragelse af både politiske beslutningstagere, offentlige myndigheder, private erhverv og civilsamfundet. Lighed i sundhed kendetegner et samfund i sund udvikling!

I Sundhedsstyrelsen har vi længe haft 'Sundhed for alle' som vores mission, og vi har for et par år siden givet udtrykket en grafisk form (sundhed ♥ for + alle ●), der præger alle vores produkter: ♥ + ●

Med denne rapport sætter vi fokus på social ulighed i sundhed: at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet. At social position og vilkår har betydning for menneskers sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelateret livskvalitet. Nogle grupper i befolkningen får mere sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere – og det er forskelle, der er socialt bestemt.

I Sundhedsstyrelsen er det vores opgave at synliggøre, hvordan social ulighed kommer til udtryk i befolkningens sundhed og sygdom. Vi skal bidrage til mere lighed i sundhed i arbejdet med forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje, så der tages højde for borgere og patienters forskellige udgangspunkt og behov.

Nærværende rapport er den første af sin art, og fremadrettet vil vi hvert 4. år udsende tilsvarende statusrapporter for social ulighed i sundhed i Danmark. Rapporten beskriver ulighed i sundhed med en række indikatorer, der indsamles systematisk og som derfor gør, at vi kan følge udviklingen.

Jeg vil gerne takke både Statens Institut for Folkesundhed, for det store arbejde med at udarbejde rapporten, og den ekspertgruppe, som har hjulpet os i Sundhedsstyrelsen med at pege på behovet og rammerne for nærværende rapport om ulighed i sundhed.



Søren Brostrøm
Direktør
Sundhedsstyrelsen

Kort opsummering af resultater

Sociale vilkår for sundhed

Gini-koefficient

Gini-koefficienten, der er et mål for indkomstulighed mellem personer i et samfund, er steget fra 24,1 Gini-point i år 2000 til 29,1 i 2018. Det betyder, at indkomstuligheden er vokset i perioden 2000-2018.

Fattigdom

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er relativt fattige i perioden 2000-2016. Andelen, der er fattige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

Arbejdsløshed

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017. Således er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden 2000-2017 er sket et fald i den sociale ulighed. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid og uddannelse

Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 1990-2016 blandt kvinder og blandt mænd.

Restlevetid og indkomst

Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere indkomstniveauer. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 1990-2016 blandt kvinder og blandt mænd.

Dødelighed i befolkningen

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1988-2017, således at antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år.

Dødfødsler

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler i perioden 2010-2017, således at antallet af dødfødsler pr. 1.000 er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Neonatal død

Der ses en moderat til høj social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage i perioden 2010-2017, således at antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Dødelighed for børn under 5 år

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i perioden 2010-2012, således at antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Selvvurderet helbred

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har et godt selvvurderet helbred både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen, der har godt selvvurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Funktionsevne – Mobilitet

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænset mobilitet, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Funktionsevne – Kommunikationsfærdigheder

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden.

Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsler – Fødsel før uge 37

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, således at andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

Fødsler – Børn født små i forhold til gestationsalder

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, således at andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

Fuldamning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder således, at andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder er højere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2017.

Børnevaccinationsprogrammet

Der ses moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, således at andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2017.

HPV-vaccination

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination således, at andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveauer hos forældrene. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Tandsundhed hos børn

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har god tandsundhed blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2017. Blandt piger ses der en stigning i den sociale ulighed i perioden, mens der blandt drenge ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed.

Overvægt blandt børn

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er overvægtige blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2018. Blandt piger ses der ikke en ændring i den sociale ulighed. Blandt drengene ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden.

Ensomhed hos skolebørn

Der ses ingen social ulighed i andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed.

Livstilfredshed

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed blandt piger i perioden 2010-2018, mens der blandt drenge ses en høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed i 2010, men ikke i 2014 og 2018. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Self-efficacy

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav self-efficacy blandt piger og drenge i perioden i årene 2014 og 2018.

Børnefattigdom

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, således at andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveauer. For perioden 2000-2016 ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

Ungdomsuddannelse

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, således at andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der er sket en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Stofbrug

Der ses ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år i perioden 2010-2017.

Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Daglig rygning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Alkoholindtag – Højrisikogrænse for alkoholindtagelse

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen af kvinder, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, således at andelen, som overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Alkoholindtag – Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed for både kvinder og mænd, således at andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Fysisk inaktivitet

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Svær overvægt

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er svært overvægtige, for både kvinder og mænd således, at andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Ophobning af risikofaktorer

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Arbejds miljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Arbejds miljø – fysisk tungt arbejde

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Mentalt helbred og psykisk sygdom

Dårligt mentalt helbred

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, for både kvinder og mænd, således at andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Højt stressniveau

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau for både kvinder og mænd, således at andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Uønsket alene

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Depression

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af personer, som får depression, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Bipolar lidelse og egen uddannelse

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget højest fuldførte uddannelsesniveau, således at antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Bipolar lidelse og forældres uddannelse

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017.

Skizofreni og egen uddannelse

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Skizofreni og forældres uddannelse

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau.

Selv mord

Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i perioden 2010-2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Somatiske sygdomme og ulykker

Diabetes

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Iskæmisk hjertesygdom

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Cerebrovaskulær sygdom

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt personer med KOL ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Brystkræft

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, således at antallet af nye tilfælde er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer, dvs. omvendt social ulighed. Blandt kvinder med brystkræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Lungekræft

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt personer med lungekræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Muskel-skelet-diagnoser

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Demens

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Blandt mænd ses der kun social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer i dele af perioden. Der ses en stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden.

Multisygdom – To eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

Multisygdom – Fire eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

Tandsundhed hos voksne

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, således at andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Trafikulykker

Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved trafikulykker, således at antallet, der kommer til skade ved trafikulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Det gælder i 2013 og 2017. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017. Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en trafikulykke.

Faldulykker

Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, således at antallet, der kommer til skade ved faldulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

Kontakt med sundhedsvæsenet

Livmoderhalskræftscreening

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft. Således er andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Brystkræftscreening

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft i alle tre runder, således at andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses ingen statistisk ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

Screening for tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte

uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden.

Brug af sundhedsydelser – Kontakt til almen praktiserende læge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge blandt mænd, men ikke blandt kvinder. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt hverken kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

Brug af sundhedsydelser – Kontakt til praktiserende speciallæge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge blandt kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed både blandt kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

Forebyggelige indlæggelser

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd således, at andelen med en forebyggelig indlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Korttidsindlæggelser

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen med en korttidsindlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Visiteret hjemmehjælp – Personlig pleje

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje således at andelen, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2010 og 2013, men ikke i 2017 og for mænd i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

Visiteret hjemmehjælp – Praktisk hjælp

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, således at andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2013, men ikke i 2010 og 2017 og for mænd i hele perioden. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindsning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Kommunale sygeplejeydelser

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, således at andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelse for både kvinder og mænd i 2013.

Førtidspension

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen på førtidspension blandt kvinder og blandt mænd, således at andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

Mangel på social støtte

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen med lav grad af social støtte, både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom, således at andelen med lav grad af social støtte er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

Oversigt over resultater

Indikator	Grad						Udvikling			
	Kvinder			Mænd			Total	Kvinder	Mænd	Total
KAPITEL 1										
Gini-koefficient							x			z
Fattigdom ¹							H	H		↑
Arbejdsløshed ²	M	M	M	L	M	L				↓ -
KAPITEL 2										
Restlevetid										
Restlevetid og uddannelse	x			x						z z
Restlevetid og indkomst	x			x						z z
Dødelighed i befolkningen	x			x						z z
Børnedødelighed										
Dødfødsel ³							M	M	H	-
Neonatal død ³							M	H	H	-
Dødelighed for børn > 5 år ¹⁵							M	H	H	-
Selvvurderet helbred ³	H	H	H	H	H	H				- -
Funktionsevne										
Mobilitet ³							H	H	H	-
Kommunikationsfærdighed ³							H	M	M	-
KAPITEL 3										
Fødsler										
Fødsel før uge 37 ³							M	M	L	↓
Børn, der er født små ³							M	L	L	↓
Fuldamning ⁴							H	H	H	-
Børnevaccinationsprogrammet ⁵							M	M	H	-
HPV-vaccination ³	M	M	L							-
Tandsundhed hos børn ³	H	H	H	H	H	H				↑ -
Overvægt blandt børn ⁶	H	H	H	H	H	H				- ↓
Ensomhed hos skolebørn ⁷		y			y					z z
Livsstilfredshed ⁶	M	M	M	H	y	y				- -
Self-efficacy ⁸		H	H		M	H				z z
Børnefattigdom ¹							H	H		↑
Ungdomsuddannelse ³	H	H	H	H	H	H				↓ ↓
Stofbrug ³	y	y	y	y	y	y				z z

Indikator	Grad						Udvikling			
	Kvinder			Mænd			Total	Kvinder	Mænd	Total
KAPITEL 4										
Ryging ³	H	H	H	H	H	H		-	-	
Alkohol										
Høj risikogrænse ³	L	L	L	L	L	L		-	-	
≥5 genstande ved samme lejlighed ³	L	L	L	L	L	L		-	-	
Fysisk inaktivitet ¹⁰			M			M		Z	Z	
Svær overvægt ³	H	H	H	H	H	H		-	-	
Ophobning af risikofaktorer ¹⁰			H			H		Z	Z	
Arbejds miljø										
Indflydelse på eget arbejde ¹¹	H	H	H	H	H	H		-	-	
Fysisk krav i arbejde ¹¹	H	H	H	H	H	H		-	-	
KAPITEL 5										
Dårligt mentalt helbred ³	M	M	M	M	M	M		-	-	
Højt stressniveau ⁹		H	H		H	H		Z	Z	
Ofte uønsket alene ³	H	H	H	H	H	H		-	-	
Depression ³	M	H	M	M	H	M		↓	↓	
Bipolar lidelse										
Bipolar lidelse og egen uddannelse ³	H	H	M	H	H	H		-	-	
Bipolar lidelse og forældres uddannelse ³	L	y	y	y	y	y		Z	Z	
Skizofreni										
Skizofreni og egen uddannelse ³	H	H	H	H	H	H		-	↓	
Skizofreni og forældres uddannelse ³	M	L	y	M	M	L		Z	-	
Selv mord ³	y	y	y	H	H	M		Z	-	
KAPITEL 6										
Diabetes ³	H	H	H	M	M	H		-	-	
Iskæmisk hjertesygdom ¹²	M		M	L		L		Z	Z	
Cerebrovaskulær sygdom ¹²	L		L	L		L		Z	Z	
Kronisk lungesygdom ¹²	H		H	H		H		Z	Z	
Brystkræft ¹²	L		L					Z	Z	
Lungekræft ¹²	H		H	H		H		Z	Z	
Tyk- og endetarmskræft ¹²	L		L	L		L		Z	Z	
Muskelskeletlidelser										
Muskelskeletdiagnoser ³	L	L	L	L	L	L		↑	-	
Selvrapporterede muskelskeletlidelser ³	H	H	H	H	H	H		-	-	

Indikator	Grad						Udvikling			
	Kvinder			Mænd			Total	Kvinder	Mænd	Total
Demens ³	L	L	L	y	y	L		-	↑	
Multisygdom										
To eller flere ³	M	M	M	M	M	M		↑	↑	
Fire eller flere ³	M	M	M	M	M	M		↑	↑	
Tandsundhed hos voksne ³	H	H	H	H	H	H		-	-	
Trafikulykker ³	L	L	y	L	L	L		z	↓	
Faldulykker ³	L	y	y	y	L	L		z	↑	

KAPITEL 7

Livmoderhalskræftscreening ³	M	H	H					↑		
Brystkræftscreening ¹⁶	L	M	M					-		
Screening for tyk- og endetarmskræft ¹⁷	L	L	L	M	M	M		-	↑	
Brug af sundhedsydelse										
Kontakt til almen praktiserende læge ³	y	y	y	L	y	L		z	-	
Kontakt til praktiserende speciallæge ³	L	L	L	L	L	L		-	-	
Forebyggelige indlæggelser ³	L	L	L	L	M	M		↑	↑	
Korttidsindlæggelser ³	M	M	M	M	M	M		↑	↑	
Visiteret hjemmehjælp ³										
Personlig pleje ³	L	L	y	M	y	y		z	z	
Praktisk hjælp ³	y	L	y	L	L	L		z	↓	
Kommunale sygeplejeydelser ¹³		M			M			z	z	
Førtidspension ¹⁴	H	H	H	H	H	H		↑	↑	
Mangel på social støtte ^{3†}	H	M	H	H	H	H		-	-	

x Der kommenteres ikke på graden af social ulighed.

y OR er ikke statistisk signifikant.

z Der kommenteres ikke på SII/trend test.

† Uden langvarig sygdom sammenlignet med langvarig sygdom

Graden

L Lav

M Moderat

H Høj

Udvikling

↑ Stigning

↓ Mindskning

- Ingen ændring

Nedslagsår

1 2000, 2016

2 2000, 2010, 2017

3 2010, 2013, 2017

4 2012, 2014, 2017

5 2011, 2014, 2017

6 2010, 2014, 2018

7 2014

8 2014, 2018

9 2013, 2017

10 2017

11 2012, 2014, 2016, 2018

12 2010-2013, 2014-2017

13 2013

14 2000, 2010, 2017

15 2010, 2011, 2012

16 Runde 3, runde 4, runde 5

17 2014, 2016, 2017

Indhold

Forord	3
Kort opsummering af resultater	4
Sociale vilkår for sundhed	4
Generelle helbredsindikatorer	4
Tidlige vilkår for sundhed og sygdom	5
Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø	6
Mentalt helbred og psykisk sygdom	7
Somatiske sygdomme og ulykker	8
Kontakt med sundhedsvæsenet	10
Oversigt over resultater	12
Baggrund og kommentar	18
Hvorfor lighed i netop sundhed?	18
Årsager til ulighed i sundhed	19
Referencer	25
Læsevejledning	27
Ordforklaring	27
Beskrivelse af resultater	33
1 Sociale vilkår for sundhed	34
1.1 Gini-koefficient	36
1.2 Fattigdom	37
1.3 Arbejdsløshed	39
Opsummering	41
Referencer	42
2 Generelle helbredsindikatorer	44
2.1 Restlevetid	46
2.2 Dødelighed i befolkningen	49
2.3 Børnedødelighed og dødfødsler	51
2.4 Selvvurderet helbred	58
2.5 Funktionsevne	60
Opsummering	65
Referencer	66
3 Tidlige vilkår for sundhed og sygdom	68
3.1 Fødsler	70
3.2 Fuldamning	75
3.3 Børnevaccinationsprogrammet	77

3.4	HPV-vaccination	79
3.5	Tandsundhed hos børn	81
3.6	Overvægt blandt børn	83
3.7	Ensomhed hos skolebørn	85
3.8	Livstilfredshed	87
3.9	Self-efficacy	89
3.10	Børnefattigdom	91
3.11	Ungdomsuddannelse	93
3.12	Stofbrug	95
	Opsummering	97
	Referencer	98
4	Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø	102
4.1	Daglig rygning	104
4.2	Alkoholindtag	106
4.3	Fysisk inaktivitet	111
4.4	Svær overvægt	113
4.5	Ophobning af risikofaktorer	115
4.6	Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver	117
4.7	Arbejdsmiljø – fysisk tungt arbejde	119
	Opsummering	121
	Referencer	122
5	Mentalt helbred og psykiske sygdomme	124
5.1	Dårligt mentalt helbred	126
5.2	Højt stressniveau	128
5.3	Uønsket alene	130
5.4	Depression	132
5.5	Bipolar lidelse	134
5.6	Skizofreni	139
5.7	Selv mord	144
	Opsummering	146
	Referencer	147
6	Somatiske sygdomme og ulykker	150
6.1	Diabetes	152
6.2	Iskæmisk hjertesygdom	154
6.3	Cerebrovaskulær sygdom	158
6.4	Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	162
6.5	Brystkræft	166
6.6	Lungekræft	169
6.7	Tyk- og endetarmskræft	173
6.8	Muskel-skelet-lidelser	177
6.9	Demens	182
6.10	Multisygdom	185
6.11	Tandsundhed hos voksne	190
6.12	Trafikulykker	192

6.13 Faldulykker	194
Opsummering	196
Referencer	197
7 Kontakt med sundhedsvæsenet	200
7.1 Livmoderhalskræftscreening	202
7.2 Brystkræftscreening	204
7.3 Screening for tyk- og endetarmskræft	206
7.4 Brug af sundhedsydelser justeret for behov	208
7.5 Forebyggelige indlæggelser	213
7.6 Korttidsindlæggelser	215
7.7 Visiteret hjemmehjælp	217
7.8 Kommunale sygeplejeydelser	222
7.9 Førtidspension	224
7.10 Mangel på social støtte	226
Opsummering	228
Referencer	229
Bilag	232
Bilag 1 Materialer og metode	233
Registre	233
Spørgeskemaundersøgelser	237
Analysemetoder	238
Definition af indikatorer	240
Bilag 2	252
Bilag 3	254
Bilag 4	260
Bilag 5	262
Bilagsreferencer	263

Baggrund og kommentar

Af Finn Diderichsen, professor emeritus

Efter at den globale Commission on Social Determinants of Health afsluttede sit arbejde i 2008¹, opfordrede WHO medlemslandene til at gennemføre analyser af social ulighed i sundhed i sine befolkninger. Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet udarbejdede derefter en rapport om omfanget af social ulighed i sundhed i Danmark, som beskrev, hvad man vidste om årsagerne til den sociale ulighed og mulige indsatser for at reducere uligheden². Her foreslog man også indikatorer, som det kunne være relevant at følge fremover. Nærværende rapport er den første nationale opfølgning af udviklingen på ulighed i sundhed på en række indikatorer.

I andre europæiske lande har man udviklet lignende indikatorsystemer for at kunne monitorere uligheden og dens årsager³. I EU sker det med hjælp af European Core Health Indicators⁴. I England sker det i form af de såkaldte Marmot Indicators⁵, og i Norge sker det med de tilbagevendende Folkehelsepolitiske rapporter⁶. WHO's europakontor har udviklet de såkaldte Health Equity Policy Tools⁸. Disse værktøjer følger alle et udvalg af indikatorer for ulighed i sygdomsforekomst, men også sygdomskonsekvenser og -årsager. WHO foreslår også at følge implementering af relevante kliniske og sundhedspolitiske indsatser, men her savnes dog endnu i stor udstrækning brugbare værktøjer.

Hvorfor lighed i netop sundhed?

Samfundets udvikling handler på mange måder om at øge menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på⁷. Uddannelse, arbejde, økonomi og sociale relationer er alle vigtige for den frihed, men et godt helbred er en særlig vigtig forudsætning. Et godt helbred sikrer en grundlæggende frihed, som både har værdi i sig selv, men som også udgør en ressource for at kunne uddanne sig, arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Alt dette er omvendt en vigtig forudsætning for et godt helbred.

I et samfund, som har en vidtgående arbejdsdeling, og som vil belønne uddannelse og arbejdsindsats, kan en vis grad af ulighed i arbejdsforhold og indkomster være uundgåelige. Men ulighed i helbred er ikke på nogen måde til gavn for samfundet eller den enkelte. Samfundsskabt ulighed i sundhed er kun uretfærdigt og uhensigtsmæssigt.

Forskelle i helbred mellem individer er ikke svære at få øje på. Nogle fødes med et alvorligt handicap, nogle dør tidligt, mens andre dør mere eller mindre raske efter et langt liv. Disse forskelle handler i høj grad om årsager, som er knyttet til biologi og arvelighed. Og det er forskelle, som er blevet mindre. For eksempel er variationen i individers levetid mindsket i takt med, at middellevetiden er steget, om end der ses en tendens i modsat retning blandt de dårligst stillede befolkningsgrupper¹³.

Det er de systematiske uligheder mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, erhverv eller indkomst, som i de fleste lande har været opfattet som den etiske og politiske udfordring⁸. Det er ikke mindst, fordi den ulighed har vist sig vanskelig at reducere, selvom befolkningens helbred i gennemsnit er blevet bedre. Social ulighed i sundhed er i høj grad skabt af samfundets udvikling og de politiske og kommercielle beslutninger, som former den. Ulighed i helbred kan derfor opfattes som et følsomt kriterium for kvaliteten af samfundets udvikling.

Årsager til ulighed i sundhed

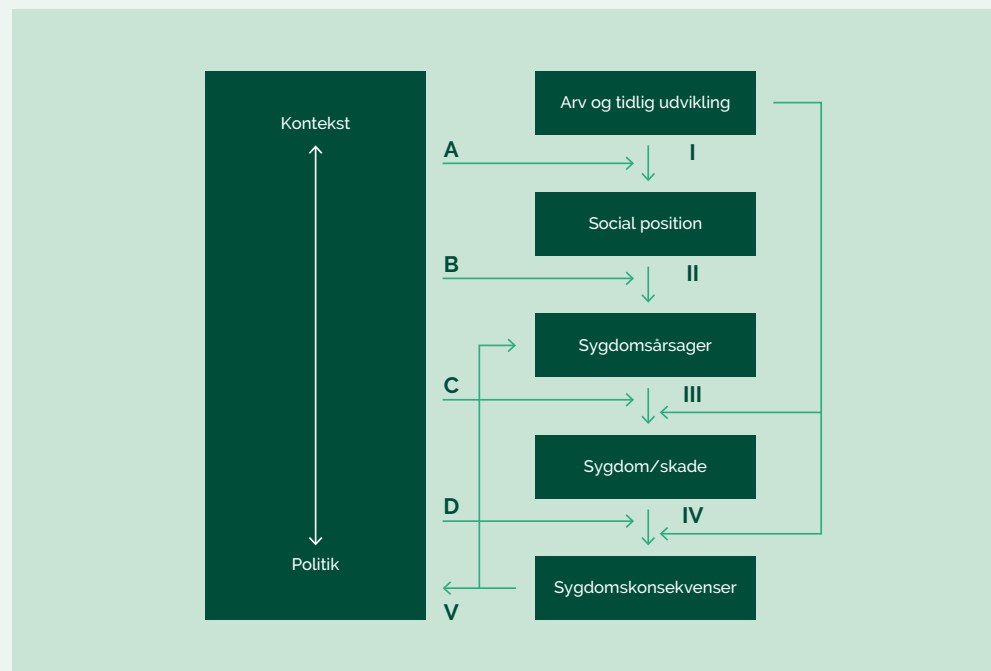
Et godt helbred er mere end fravær af sygdom, men hvis det er menneskers frihed til faktisk at leve det liv, de sætter pris på, som er det centrale, så handler det om ulighed i de konsekvenser af sygdom og skader, som begrænser denne frihed. Det handler med andre ord om overlevelse, psykisk og fysisk funktionsevne samt deltagelse i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt. Men sygdomme og deres konsekvenser har årsager. Mange af årsagerne – men langt fra alle – kender vi til, og det er viden om disse årsager, som er en forudsætning for at kunne forebygge. Ud over arv er menneskers helbred bestemt af fysisk miljø, sociale forhold, mikroorganismer og adfærd. I sidste ende spiller sundhedsvæsenet også en stor og stigende rolle. Forklaringer på ulighed i helbred kan så handle om ulighed i forekomst af årsagerne til, at man bliver syg, ulighed i sårbarhed for deres helbredseffekter og ulighed i de forhold, som påvirker forløb og konsekvenser af sygdom, inklusive sundhedsvæsenets ydelser.

Denne rapport giver en opdateret beskrivelse af uligheden i sygdom og skader samt deres konsekvenser og deres årsager. Indikatorerne er udvalgt på baggrund af, hvilke data der findes nationalt, og som indsamles systematisk, således at udviklingen kan følges fremover, og rapporten kan gentages hvert fjerde år. Indikatorerne omfatter mål på sygdomsforekomst, sygdomsårsager og sygdomskonsekvenser.

Det handler om et komplekst netværk af årsagsrelationer, som skal tydeliggøres for at kunne arbejde systematisk. Figur 1⁹ giver i diagramform et billede af de årsagsrelationer, som motiverer opdelingen af indikatorer i kapitler i denne rapport. Modellen har tidligere været anvendt af Sundhedsstyrelsen, internationalt af WHO¹⁰ og i tilsvarende analyser i Norge og Sverige^{11, 12}.

FIGUR 1

Oversigt over væsentlige mekanismer (I-V) og tilhørende interventionspunkter (A-D) i forbindelse med social ulighed i sundhed^{2, 9}.



Forklaring til figur 1

Allerede under fosterstadiet påvirkes barnet af moderens sociale vilkår, adfærd og miljø, hvilket påvirker udvikling og funktion af barnets organer inklusive mange gener. Det påvirker helbred og sårbarhed senere i livet. Børnenes opvækstforhold og tidlige udvikling har også indflydelse på børnenes muligheder for uddannelse og dermed deres sociale position og helbred senere i livet (I).

Afhængigt af den sociale position som voksen er befolkningen i meget varierende grad udsat for en lang række sygdomsårsager i arbejde, økonomi, miljø og sundhedsadfærd (II).

Mange forhold i miljø og adfærd er knyttet til social position, og nogle af dem forstærker hinandens effekt (interagerer) og skaber ulighed i sårbarhed (III).

Sygdomme og skader påvirker overlevelse, funktionsevne og livskvalitet samt mulighed for deltagelse i arbejdsliv (IV), og disse konsekvenser påvirkes også af individets sociale position.

Nogle sygdomskonsekvenser påvirker risiko for recidiv og forløb af andre sygdomme (V). Nogle sygdomme, som for eksempel visse psykiske lidelser og misbrug, har så alvorlige konsekvenser, at det kan lede til social udsathed. På samfundsniveau kan sygdomskonsekvenser have betydning for beskæftigelse og økonomi (V).

Modellen åbner for at identificere fire indsatspunkter (A-D) for politik med henblik på reduktion af ulighed i sundhed.

Rapporten fokuserer på de sammenhænge, som illustreres i den højre halvdel af figur 1, hvor pilene I-IV illustrerer relationer mellem på den ene side individets sociale position og på den anden side risikoen for sygdom og deres konsekvenser. Som man kan se i rapportens mange tabeller, er dette ikke sammenhænge, som er mejslet i sten eller menneskers biologi. De kan forandre sig med tiden. Modellen og tabellerne anlægger et livsforløbsperspektiv, hvor vi ser på de forhold, som tidligt i livet er med til at forme uddannelse, social position og helbred senere i livet. Social position som voksen påvirker levevilkår og sundhedsadfærd. Det er forhold, som forandrer sig over tid. De er påvirket af politiske prioriteringer for blandt andet arbejds- og boligmarked, uddannelsessystem, indkomstfordeling, socialpolitik og sundhedspolitik. Men også af erhvervslivets beslutninger om og rammer for markedsføring af fødevarer, tobak og alkohol, og arbejdsmarkedets holdning til at beskæftige mennesker med nedsat arbejdsevne og kort uddannelse.

Ulighedens mekanismer – eksemplet COVID-19

Præliminære rapporter fra flere lande dokumenterer en betydelig social ulighed i forekomst af indlæggelser og dødsfald med COVID-19^(15,16). Selvom meget endnu er ukendt om denne sygdom, er der tre af de mekanismer, som er vist i figur 1 (II-IV), som formentlig bidrager til uligheden i indlæggelser og dødsfald med COVID-19:

Differentiel eksponering: Personer, som arbejder i sundheds- og omsorgs-, levnedsmiddel- og transportsektoren, er mere eksponerede for SARS-CoV-2 virus, især i perioder, når ansatte i andre sektorer kan arbejde hjemmefra. Yderligere påvirker trange boligforhold også eksponeringen.

Differentiel sårbarhed: Immunitet er afgørende for, om eksponerede bliver syge. Immunitet påvirkes af tidligere infektion, vaccination (om det fandtes) og immunsuppressiv behandling, men også af blandt andet svær overvægt samt stress og søvnbesvær. Ulighed i disse forhold kan skabe ulighed i sårbarhed.

Differentielle konsekvenser: Personer, som bliver svært syge og dør af COVID-19, ser ud til at være ældre, og er oftere eksponeret for svær overvægt og har oftere hjertekarsygdom eller KOL⁽¹⁷⁾. Massiv viruseksponering øger måske også dødeligheden. Den eksisterende ulighed i disse forhold skaber ulighed i sygdommens forløb og konsekvenser.

Hvad viser rapporten – nogle kommentarer

Den venstre halvdel af figur 1 illustrer således med pilene A-D de indsatspunkter, hvor samfundet også fremover kan påvirke associationerne til højre. Det handler om indsætter på mange politikområder, og med bidrag fra civilsamfundet og erhvervslivet. De få eksempler, der er på lande, hvor man faktisk er lykkedes med at reducere uligheden i sundhed, viser, at det krævede en massiv indsats på mange politikområder – arbejdsmarked, socialpolitik, sundhedsvæsen etc.¹⁴.

For at det skal kunne ske, kræves ikke kun epidemiologiske fakta af høj kvalitet af den type, som findes i denne rapport, men også en sammenhængende fælles fortælling om, og forståelse af, hvordan samfundets udvikling og den førte politik former folkesundhedens udvikling og fordeling. Det er en fortælling om, hvad som er en bæredygtig sundhedsudvikling i forhold til børnenes helbred, vores måde at producere fødevarer, og om et arbejdsmarked, som folk ikke må forlade, fordi de er blevet syge allerede som 60-årig. Det er en fortælling, som tydeliggør forskellige samfundssektors ansvar, som bygger på viden om helbredseffekter af indsatserne og om forudsætningerne for at implementere dem. Den fortælling får man ikke i denne rapport. Man får derimod en detaljeret beskrivelse af uligheden i sundhed i Danmark, og hvordan den har udviklet sig i de senere år. Jeg skal fremhæve nogle fund, som jeg finder særligt vigtige.

- Det første spørgsmål, mange stiller sig, er, om uligheden i dødelighed og middellevetid fortsat vokser. Beregningerne i denne rapport (Figur 2.2.2-3), som går frem til 2017, viser, at dødeligheden i erhvervsaktiv alder blandt dem med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveaue de sidste 30 år er mindsket i en takt, som er tre gange højere end, hvad den er for dem med grundskole som højest

- fuldførte uddannelsesniveauer. Særligt påfaldende er det, at dødeligheden blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer i alderen 25-44 år stagnerer på et højt niveau. Man kan spørge, hvad det er i kortuddannede yngre kvinders vilkår, som hindrer samme positive udvikling, som andre grupper har oplevet.
- Er udviklingen i social ulighed unik for Danmark? Rapporten indeholder ikke data om udviklingen i andre lande. Det seneste europæiske studie om uddannelse og dødelighed dækker perioden 1990-2015¹⁸. Den viser, at i absolutte tal mindskedes uligheden for mænd i 10 ud af de 11 lande i Vesteuropa, som blev undersøgt. I det ellefte – Danmark – blev uligheden større. Også for kvinder øgedes uligheden i Danmark, men det gjorde den også i de andre nordiske lande, mens den mindskedes i Sydeuropa. Uligheden for kvinder i Danmark er således øget til nu at være størst i Europa. Den faldende dødelighed i hjertesygdom har presset uligheden ned, men uligheden i mange andre sygdomme, inklusive flere typer af kræft, KOL, alkoholskader og andre sygdomme for hvilke, der findes effektiv behandling, er gået i modsat retning. Danmark har relativt gode sociale og økonomiske forudsætninger for at levere en sundhedsudvikling med mindre ulighed. At vi ligger sidst i udviklingen blandt lande i Vesteuropa, viser, at der findes et stort potentiale i et grundigt gennemsyn af det politikområde.
 - Alt, der kan gøres for at give børn en optimal start i livet, kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, fordi barnets tidlige udvikling påvirker, hvordan de klarer sig uddannelsesmæssigt og helbredsmæssigt. Hvis barnets start på livet er meget påvirket af forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, så får de ikke samme chancer. Ulighed i starten af livet finder vi mange eksempler på i denne rapport. Længe havde Danmark noget nær verdensrekord med en børnefattigdom under 5 %. Nu er den steget. Blandt børn af mødre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer er den fra 2000 til 2016 steget fra 9 % til 20 % (tabel 3.10). For personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveauer er den uforandret 2 %. Studier viser, at det at være barn med forældre med en kort uddannelse er i stigende udstrækning associeret med at være fattig, bo i udsatte områder og have en psykisk syg moder¹⁹. Børnenes dødelighed er takket være effektiv svangreomsorg, perinatal medicin og sundhedspleje blevet bragt ned til et meget lavt niveau. Lav fødselsvægt er en indikator på, at barnets trivsel under graviditet ikke har været optimal. Andelen af børn, som fødes med lav fødselsvægt (SGA) mindskes ikke (se tabel 3.1.2), men uligheden i forhold til moderens uddannelse er glædeligt nok mindsket i de senere år. Sundhedsstyrelsen har dog i en aktuel kortlægning²⁰ fundet, at man stadig godt kan arbejde mere målrettet i forhold til socialt sårbare familiers behov.
 - Manglende gennemførelse af en ungdomsuddannelse begrænser mulighederne for senere tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed risikoen for dårligere helbred. 10 % af børn med forældre, som har en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveauer, gennemfører ikke ungdomsuddannelse mod 40 % af de, som har forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer (tabel 3.11). Vi ved, at børn fra socialt dårligt stillede hjem oftere havner i en ond cirkel, hvor vanskeligheder med at klare skolearbejdet leder til psykisk mistrivsel, hvilket gør det endnu sværere at klare skolens krav²¹, hvilket kan lede til, at ungdomsuddannelsen ikke bliver gennemført. At gribe ind mod dårlig trivsel og psykiske symptomer er én måde at bryde den onde cirkel. Det er vigtigt, at der findes ressourcer til det, ikke mindst i skoler i udsatte områder. Dårlig trivsel i skolealderen er meget hyppigere, når forældrene har kort uddannelse (tabel 3.8). Men det forudsætter, at skoler med mange børn med forældre med en kort uddannelse har ressourcer, som modsvarer behovene.
 - At give alle børn de bedste chancer for at klare sig godt i skolen og på arbejdsmarkedet ændrer ikke på de uligheder, som findes i levevilkår mellem de, der klarer sig godt, og de, som klarer sig mindre godt. Det kan først illustreres med risikoen for at blive arbejdsløs (tabel 1.3). Den er betydeligt forhøjet, hvis man har en kort uddannelse. Den ulighed var meget større lige efter finanskrisen i 2008 og må desværre forventes at øge igen i forbindelse med Corona-krisen. Levevilkårenes afhængighed af uddannelse kan også illustreres med arbejdsmiljøet (Tabel 4.6-7). Der findes en meget stejl gradient i, hvor tungt arbejdet er rent fysisk, og hvor meget indflydelse man har over, hvordan

man skal klare sine arbejdskrav. Begge dele har stor betydning for helbredet, ikke mindst mukelskelet-besvær og psykiske symptomer. De symptomer forekommer således også med stor ulighed (tabel 5.1 og 6.8.2).

- For uligheden i dødelighed har tobaksforbruget i mange år spillet en stor rolle. Lungekræft og KOL er blandt de sygdomme, som udviser den største ulighed i forekomst (tabel 6.4.1 og 6.6.1), og uligheden i tobaksforbrug er blevet meget udtalt (tabel 4.1). Tobaksforbruget er påvirket af stress og afhængighed. Men udviklingen er også et resultat af tobaksindustriens markedsføring og mange års effektive forsøg at bekæmpe hævede afgifter og andre reguleringer²². Diabetes er en anden sygdom, som optræder med en stejl gradient (tabel 6.1), og det er i høj grad et resultat af en tilsvarende ulighed i overvægt (tabel 4.4). Her spiller den globale udvikling af fødevarerproduktionen en stor rolle²³. Fødevarerproduktionen har udviklet sig med mere tilsat salt og sukker og er blevet mere energitæt. Samtidig bruger vi mindre energi på transport, og det kræver ekstra ressourcer at være fysisk aktiv i fritiden (tabel 4.3). Nogle risikofaktorer interagerer, og da flere af dem ophobes hos personer med en kort uddannelse (tabel 4.5), skaber det en ulighed i sårbarhed for effekten af den enkelte risikofaktor.
- Uligheden i dødelighed, som jeg nævnte ovenfor, er et resultat af ulighed i forekomsten af mange alvorlige sygdomme – ikke mindst hjertekarsygdomme og kræftsygdomme. Men den er også påvirket af en betydelig ulighed i overlevelse, når først man er blevet syg. For iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulær sygdom, brystkræft, tyktarmskræft samt lungekræft og KOL er dødeligheden inden for fem år efter diagnosen 30-80 % højere for de, som har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, sammenlignet med de, som har en videregående uddannelse (se tabellerne 6.2.2 - 6.7.2). Det er sygdomme, hvor overlevelsen ofte er forbedret betydeligt gennem de senere år, takket være mere effektive behandlingsformer. Alligevel er der en stor ulighed i resultatet. For kræft er den ulighed desuden øget på 20 år, som det fremgår af studier fra Kræftens Bekæmpelse²⁴. Der er mange årsager bag dette. Det handler om, hvor tidligt man kommer til behandling, sundhedsadfærd før og efter man blev syg, hvilke andre sygdomme man lider af, men formentlig også behandlingens kvalitet. At Danmark har indhentet meget af sit efterslæb i kræftoverlevelse viser, at meget af dette er muligt at påvirke²⁵.
- Rapporten indeholder ikke noget om ulighed i infektionssygdomme. Da indikatorerne valgtes i 2018, fremstod infektioner ikke som en væsentlig del af uligheden i sygdomsbyrde. Men allerede da var nedre luftvejsinfektioner en hyppig dødsårsag i Danmark. Den sociale ulighed i dødeligheden i den type af infektioner skabes i stor udstrækning af ulighed i komorbiditet inklusive nogle af de meget skævt fordelte sygdomme, der er nævnt ovenfor, inklusive svær overvægt, diabetes, KOL og hjertekarsygdomme²⁶. Det forhold ser ud til at være uændret, men med større aktualitet med COVID-19^(16,17).
- Det danske samfund bygger på en høj beskæftigelse. Mange af de, som overlever alvorlige sygdomme, lider af træthed og funktionsbegrænsninger længe efter, den akutte behandling er afsluttet. Mellem 10 % og 20 % af de, som overlever, kommer ikke tilbage i arbejde. Her er der en meget stor uddannelsesmæssig ulighed. Risikoen for ikke at komme i arbejde er 2 til 4 gange forhøjet, hvis man har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til dem, der har en videregående uddannelse (Tabel 6.2.2-6.7.2). Den kombinerede effekt af ulighed i risiko for at blive syg, og ulighed i konsekvenserne af at være syg, ser man i den meget store ulighed i forekomst af førtidspension (Tabel 7.9). De samme faktorer, som påvirker overlevelsen, kan også spille ind her, men man kan være bekymret for, at to andre forhold ikke fungerer, som de skal. De lange rehabiliteringsforløb tilbage til arbejde, som kræver, at forskellige faggrupper og sektorer spiller sammen, kan let tabe den sårbare patient på vejen. Desuden kan man stille spørgsmålet, om et rummeligt arbejdsmarked ikke burde kunne etablere flere arbejdspladser med krav, som også en person med både en kort uddannelse og nedsat arbejdsevne kan klare.

- Mange somatiske sygdomme og psykiske lidelser optræder med samme sociale ulighed (kapitel 5 og 6). Når flere sygdomme har samme sociale mønster, er det ventet, at forekomsten af multimorbiditet optræder med en stejl gradient (tabel 6.10.1). Men det er ikke nødvendigvis det at være diagnosticeret med 2 eller flere sygdomme, som er det vigtigste. Forløbet af én sygdom kan blive sværere, når man også har en anden sygdom, og måske samtidig skal slås med social sårbarhed. Det mest voldsomme eksempel er den meget høje dødelighed, som psykiatriens patienter har i somatiske sygdomme²⁷. Men det er for eksempel også for en diabetespatient med depression sværere at mobilisere den energi, præcision og vedholdenhed, det kræver at passe sin diabetes. Hvis man derudover skal slås med sociale problemer i form af arbejdsløshed og økonomisk stress, bliver sygdomsbyrden ekstra tung²⁸. Den patient behøver et nært sundhedsvæsen, som ikke isoleret behandler ét medicinsk eller socialt problem ad gangen.
- Det har længe været en udbredt opfattelse, at ulighed i sundhed har årsager, som ligger uden for sundhedsvæsenet, som dog forventes at være forberedt til at tage imod konsekvenserne og deres ulige fordeling. Begge opfattelser hviler på spinkel grund. Den ulighed, vi ser i kapitel 6 i overlevelse og tilbagevenden til arbejde, rejser spørgsmål om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at mindske den. Sammenlignet med andre lande i Vesteuropa har Danmark desuden en påfaldende stor stigning i ulighed i dødsårsager, for hvilke der findes effektiv behandling¹⁸. Den anden opfattelse om sundhedsvæsenets evne til at møde den ulige sundhed er belyst i kapitel 7. Det har måske været set som en selvfølge, at det møde skete på lige vilkår, således at man ikke behøvede at holde øje med det. Det er man nu, med denne rapport, begyndt at gøre.
- Skal man studere ulighed i brug eller kvalitet i sundhedsvæsenet, er det vigtigt, at man sammenligner grupper med samme behov²⁹. For nogle ydelser, som for eksempel vaccinationer eller kræftscreening, har alle med samme køn og alder det samme behov. Men allerede her ser vi en betydelig social ulighed, hvor de med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau bliver mindre vaccineret (tabel 3.3-4) og mindre ofte undersøgt for kræft (tabel 7.1-3). Der findes ingen datakilder, som beskriver behov af diagnostik og behandling. Her har man i analysen brugt spørgsmål om selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Man finder for eksempel, at de, som har en kort uddannelse, har noget mindre kontakt med praktiserende speciallæge (tabel 7.4.2). Det er næppe overraskende med tanke på at speciallægetætheden er størst i områder med flest veluddannede. Det er usikkert, om det anvendte mål på behov, fanger dybden i ulighed i symptomer, funktionsevne og sårbarhed, og derfor kan uligheden i brug af ydelserne være undervurderet. Korte og andre ofte forebyggelige indlæggelser er et vigtigt symptom på, at primærsektoren og sygehuse ikke fungerer optimalt. Her finder man desværre en betydelig og desuden stigende ulighed (tabel 7.5-6).
- Nogle ydelser får man ikke adgang til uden at betale en betragtelig brugeravgift – for eksempel ved besøg hos tandlæge, fysioterapeut eller psykolog, og ved køb af lægemidler. Her er ulighed i brug, om ikke tilsigtet, så forventet. De ydelser er ikke undersøgt her. OECD's analyser³⁰ viser, at i Danmark angiver hver sjette, at de det seneste år har haft behov for sundhedsydelser, men afstået fra at søge hjælp af økonomiske grunde. Andelen er højere for de med lave indkomster. Mange af de vigtige indikatorer på kvalitet i sundhedsvæsenet, som findes i De 8 Nationale Mål for Sundhedsvæsenet, er foreløbig kun beregnet opdelt på producenter (dvs. regionerne), men ikke efter patienternes sociale og økonomiske situation.

Det etablerede billede er som sagt, at det danske sundhedsvæsen er ganske lige. Det er det også sammenlignet med mange andre lande. Men skraber man, som det er gjort her, på overfladen, fremkommer der hurtigt fragmenter af et billede, som viser noget andet.

Den offentlige samtale om sundhedspolitikken har brug for et mere fuldstændigt og skarpt tegnet billede. Ikke kun af ulighed i sundhed, som vi nu har fået, men også af ulighed i sundhedsvæsenet.

Referencer

1. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation – health equity through action on social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
2. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. (2011) Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.
3. Hosseinpoor AR, Bergen N. (2019) Health inequality monitoring: A practical application of population health monitoring. In: Verschuuren M, van Oers H, (eds). Population Health Monitoring: Springer, Cham;
4. European Commission. European core health indicators Bruxelles 2020 [Available from: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/indicators_en].
5. UCL Institute of Epidemiology and Health Care (2017). Marmot indicators release 2017 London: UCL Institute of Epidemiology and Health Care; [Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/about-our-work/marmot-indicators-release-2017>].
6. Helsedirektoratet.(2018) Folkehelsepolitisk Rapport 2017. Oslo.
7. Sen A.(1999) Development as freedom. Oxford: Oxford University Press;
8. World Health Organization (2019). Health Equity Policy Tool. A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. Copenhagen
9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2001) The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, (eds). Challenging inequities in health: From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
10. World Health Organization.(2010) Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Dahl E, Bergsli H, Wel K (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
12. Statens Offentliga Utredningar. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - SOU 2017:47. Stockholm 2017.
13. Brønnum-Hansen H (2017). Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open* 7, e014489.
14. Barr B, Higgerson J, Whitehead M. (2017) Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. *BMJ*.358;j3310
15. ONS (2020). Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered up to and including 20 April 2020. Office for national Statistics. London 2020.
16. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities *J Epidemiol Community Health*. doi:10.1136/jech-2020-214401
17. Sundhedsstyrelsen (2020): Personer med øget risiko ved COVID-19. Version 25.05.20. København. Sundhedsstyrelsen
18. Mackenbach JP, Valverdes JR, Bopp M et al. (2019) Progress against inequalities in mortality: register based study of 15 European countries between 1990 and 2015. *Eur J Epid* 34(12):1131-1142

19. Ottoson MH, Andreassen AG, Dahl KM et al. (2018) Børn og unge i Danmark - velfærd og trivsel 2018. VIVE København.
20. Sundhedsstyrelsen (2017): Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre.
21. Gustafsson J-E, Westling AM, Åkerman A et al. (2010) School, Learning and Mental Health. A systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien. Stockholm
22. Hiscock R, Branston JR, McNeill A, et al. (2018) Tobacco industry strategies undermine government tax policy: evidence from commercial data. *Tobacco Control* 27:488-497.
23. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S et al. (2019) The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet* 393(10173):717-846.e30-e32
24. Dalton SO, Olsen MH, Johansen C et al. (2019) Socioeconomic inequality in cancer survival – changes over time. A population-based study, Denmark, 1987–2013. *Acta Oncologica* 58:5, 737-74
25. Coleman MP, Forman D, Bryant H, et al. (2011) Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007. *The Lancet*.377(9760):127138.
26. Trucchi, C., Paganino, C., Orsi, A. et al. (2019) Hospital and economic burden of influenza-like illness and lower respiratory tract infection in adults ≥50 years-old. *BMC Health Serv Res* 19:585
27. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. (2013) Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*. 8(1):e55176
28. Sodermann M.(2020) Multisygdom: Pseudoepidemi og sølv-Tsunami. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund* 32:15-35
29. Cookson R, Asaria M, Ali S et al. (2018) Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Soc Sci Med* 198:148-156.
30. OECD (2019). *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems*. OECD, Paris.

Læsevejledning

I kapitel 1-7 præsenteres rapportens resultater inden for emnerne; "Sociale vilkår for sundhed", "Generelle helbredsindikatorer", "Tidlige vilkår for sundhed og sygdom", "Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø", "Mentalt helbred og psykisk sygdom", "Somatiske sygdomme og ulykker" og "Kontakt med sundhedsvæsenet".

Hvert kapitel indledes med en introduktion til emnet. Herefter følger et afsnit for hver indikator, for eksempel tidlig fødsel. Hvert afsnit indledes med en beskrivelse af indikatoren. Herefter følger en beskrivelse af resultaterne, som er vist i tabeller og figurer, og som illustrerer forekomsten og udviklingen for indikatoren. Afsnittet afsluttes med en kort sammenfatning.

I denne rapport beskriver vi udviklingen i social ulighed over tid med udgangspunkt i perioden 2010-2017. Denne periode kan imidlertid variere afhængig af datakilden. Derudover er der enkelte indikatorer, hvor vi har valgt at se på en længere periode, fordi indikatorerne er særlig konjunkturfølsomme, for eksempel arbejdsløshed.

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover), mens nogle indikatorer omhandler spædbørn, børn og unge. Definition af hver enkel indikator er beskrevet i Bilag 1: Materialer og metode. En beskrivelse af de anvendte datakilder findes også i Bilag 1.

Denne rapport beskriver i alt 69 indikatorer, defineret på baggrund af 27 datakilder. Analyserne er baseret på forskellige typer af datakilder, herunder både data fra danske registre og data fra spørgeskemaundersøgelser. Det betyder, at der knytter sig forhold til de enkelte indikatorer, som ikke nødvendigvis er gældende for alle indikatorer. Data i de danske registre er oftest baseret på hele befolkningen, mens data i spørgeskemaundersøgelser typisk dækker et mindre, men repræsentativt udsnit af befolkningen. Både spørgeskemadata og registerdata har fordele og ulemper, som er væsentlige at være opmærksomme på, når man skal forstå resultaterne. Disse fordele og ulemper er nærmere beskrevet for hver type datakilde i ordforklaringen nedenfor.

Ordforklaring

Datakilder

Denne rapport er baseret på data fra en række forskellige nationale registre (herunder sundhedsregistre), spørgeskemaundersøgelser og kliniske kvalitetsdatabaser. De anvendte datakilder er beskrevet i Bilag 1.

Spørgeskemaundersøgelse

I denne rapport er en række indikatorer defineret på baggrund af spørgeskemaundersøgelser. Ved spørgeskemaundersøgelser har man mulighed for at spørge om emner, som man ikke har information om i de nationale registre. En af begrænsningerne ved brug af data fra spørgeskemaundersøgelser er, at der er forskel i svarprocent afhængig af blandt andet alder, køn og socioøkonomisk position. Dette kan der korrigeres for, hvilket også er gjort i denne rapport.

Registerdata og kliniske kvalitetsdatabaser

I Danmark indsamles en lang række oplysninger i administrative registre og databaser. Ved hjælp af CPR-nummeret er det muligt at koble informationer fra forskellige registre på individniveau. Det gør det muligt at følge en gruppe personer over tid og gennem forskellige dele af livet i forhold til blandt andet sygdom, indkomst, uddannelse m.m.

En af begrænsningerne ved denne type data er, at data kun indeholder den information, der bliver indberettet til registrene. Det betyder for eksempel, at sygdom, der ikke diagnosticeres hos en læge, ikke fremgår af registret.

Population

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover). Enkelte indikatorer omhandler spædbørn, børn og unge. I denne rapport vil den aktuelle population afhænge af den specifikke indikator og tilhørende datakilde.

Social ulighed

Social ulighed måles oftest i forhold til 1) indkomst, 2) uddannelse eller 3) erhverv. I denne rapport måles social ulighed primært ved personernes højest fuldførte uddannelsesniveau. Dette mål er blandt andet valgt, fordi det er stabilt gennem livet, hvorimod for eksempel indkomst i højere grad kan variere over tid. Det antages, at personer på 30 år eller derover har færdiggjort deres uddannelse, og at de derfor her har opnået højest fuldførte uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau

Uddannelse er defineret ved højest fuldførte uddannelsesniveau på baggrund af data fra Uddannelsesregistret. Personer under 30 år kan være i gang med en uddannelse. For denne aldersgruppe benyttes den højeste kategori af igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Igangværende uddannelse er baseret på data fra Elevregistret. I denne rapport bruger vi tre kategorier af uddannelsesniveau;

1. Grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau
2. Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau
3. Videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau

Derudover er der en gruppe, hvor uddannelsesniveau ikke er registreret. Det kan eksempelvis være tilfældet for ældre personer (som har en uddannelse, før registret blev etableret) og for indvandrere (som har taget en uddannelse i udlandet). For denne gruppe betegnes uddannelsesniveau som uoplyst. I Bilag 1 er der en oversigt over inddelingen af uddannelsesniveau.

Familiesocialgruppe

Familiesocialgruppe bruges som indikation for social position for de indikatorer, som er baseret på data fra Skolebørnsundersøgelsen (HBSC). I HBSC er der ikke indsamlet CPR-numre, og det er derfor ikke muligt at identificere forældrenes uddannelse i Elevregisteret eller Uddannelsesregisteret. I HBSC bliver børnene spurgt til forældrenes stilling. På baggrund af elevernes svar er familiens sociale baggrund blevet klassificeret ud fra nøje specificerede stillingskataloger. Familiesocialgruppe defineres således på baggrund af forældrenes stilling. Dernæst foretages en inddeling i tre socialgrupper: Høj (socialgruppe I og II), Mellem (socialgruppe III og IV) og Lav (socialgruppe V og VI).

Social gradient

En social gradient i sundhed refererer til en sammenhæng mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko. Social position er i denne rapport defineret som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Antal (N)

N (total) angiver antal personer (se tabelexempel 1). Det vil sige i rækken 'Alle' ses det totale antal personer, der indgår i analysen. I rækken 'Grundskole' under kvinder angiver N antallet af kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Denne værdi afspejler altid det faktiske antal i analysen, uanset datakilde. Se tabelexempler senere i dette afsnit.

Antal mindre end 10 personer

Hvis antallet af personer er under 10 i en rubrik i tabellerne, vises ingen resultater, og rubrikken vil være blank. Dette er gjort for at sikre persondataskyttelse.

Procent

Procent (%) angiver andelen af populationen, der har den givne indikator (se tabeksempel 1). Ved analyser med data fra spørgeskemaundersøgelser angives dette ved en vægtet %. Det betyder, at andelen af populationen, der har den givne indikator, er vægtet, så den afspejler andelen i befolkningen. Se tabeksempel senere i dette afsnit.

Procentenheder

Procentenheder kaldes også procentpoint. Procentenheder er den absolutte forskel mellem to procenter. Procentenheder benyttes i denne rapport, når vi beskriver en ændring i den sociale ulighed for indikatorer, der angives i procent.

Odds ratio

Odds ratio (OR) anvendes som mål for sammenhængen mellem to grupper. OR er et mål for, om forekomsten er højere i en gruppe sammenlignet med en referencegruppe. Referencegruppen er i denne rapport gruppen med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau og kan kendes ved, at OR er 1. For langt de fleste indikatorer er OR justeret for alder, sådan at der tages højde for forskellig aldersfordeling mellem grupperne, der sammenlignes. For de indikatorer, som ikke er opdelt efter køn, er OR desuden justeret for køn. Se tabeksempel 1 senere i dette afsnit.

Incidens

Incidens angiver antallet af nye tilfælde af den specifikke sygdom inden for en given periode. Incidensen (antallet af nye tilfælde) af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år eller periode er blevet registreret med en diagnose for den pågældende sygdom, eller som er registreret med én eller flere indløste recepter på medicin, som bruges til behandling af den specifikke sygdom. Incidens bestemmes på baggrund af de personer, der er i risiko for sygdommen. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår. Se tabeksempel 2 senere i dette afsnit.

Incidensrate

Incidensraten (IR) beskriver "hastigheden", hvormed nye sygdomstilfælde opstår. Denne er opgjort pr. 100.000 person-år og angiver således hvormange personer, der får sygdommen ud af 100.000 personer i løbet af et år. Se tabeksempel 2 senere i dette afsnit.

Incidensrate ratio

Incidensrate ratio (IRR) er forholdet mellem incidensraten af en sygdom for et uddannelsesniveau sammenlignet med incidensraten for sygdommen i referencegruppen. I denne rapport er referencegruppen personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau og kan kendes ved, at IRR er 1. For langt de fleste indikatorer er IRR justeret for alder, sådan at der tages højde for forskellig aldersfordeling mellem grupperne, der sammenlignes. For de indikatorer, som ikke er opdelt efter køn, er IRR desuden justeret for køn. Se tabeksempel 2 senere i dette afsnit.

Aldersjustering

At justere for alder betyder, at der i analysen tages højde for eventuelle forskelle i alderssammensætningen mellem grupper. Effekten af denne aldersjustering kan have betydning, når vi ser på forholdet mellem procentfordelingen og OR, og antal nye tilfælde pr. 100.000 og IRR. Her kan % for eksempel indikere, at der ikke er nogen forskel mellem to grupper, mens den aldersjusterede OR viser en statistisk signifikant forskel mellem to grupper eller omvendt. Denne forskel kan skyldes, at alderssammensætningen er forskellig mellem de to grupper, og at denne er afgørende for den givne indikator.

Statistisk signifikans

Statistisk signifikans beskriver den statistiske usikkerhed. I denne rapport er det angivet, hvis OR eller IRR er statistisk signifikant, ved markering med "***". Se tabeleksempel senere i dette afsnit.

Slope index of inequality

Slope index of inequality (SII) er et mål for den absolutte ulighed mellem socialgrupper. SII er målt fra den laveste til den højeste socialgruppe, hvor der tages hensyn til alle mellemliggende grupper og deres størrelse. SII er aldersjusteret for at tage hensyn til gruppernes alderssammensætning. I denne rapport måler vi uligheden mellem de tre uddannelsesgrupper fra grundskole til videregående uddannelse. Hvis der ikke er ulighed i forekomsten af en indikator, vil SII være lig 0, mens en SII forskellig fra 0 indikerer, at der er ulighed mellem grupperne. SII vil enten være positiv eller negativ afhængigt af, hvilken uddannelsesgruppe der er mest belastet, og afhængigt af, hvilken indikator man kigger på.

Trend test

For at undersøge udviklingen i ulighed over tid (dvs. om uligheden er uændret, faldende eller stigende over tid) laves en trend test. Resultatet af en trend test angives ved signifikansniveauet, hvor en p-værdi mindre end eller lig med 0,05 er et udtryk for en signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden. Da trend testen benyttes til at beskrive en eventuel udvikling over tid, er denne lavet for de indikatorer, hvor der minimum er målinger for tre år.

Tabeller

For hver indikator er der en tabel, der beskriver udviklingen i en given periode. Vi har som udgangspunkt valgt perioden 2010-2017 og valgt at vise resultaterne for tre år; 2010, 2013 og 2017. For nogle indikatorer er perioden og de valgte år anderledes. Det skyldes, at der ikke har været data tilgængelig for de valgte år. Det gælder for eksempel indikatoren screening for tyk- og endetarmskræft, fordi screeningsprogrammet først startede i 2014. Hver indikator er præsenteret med deskriptive og statistiske analyseresultater. Disse er angivet ved enten en procentfordeling med tilhørende OR eller ved antal nye tilfælde pr. 100.000 personer og tilhørende IRR. Nedenfor gives to tabeleksempler; den første er et eksempel på en tabel med OR, den anden er et eksempel på en tabel med IRR.

Figurer

For hver indikator er der en figur, der beskriver udviklingen i andelen af populationen, der har den givne indikator i perioden. Figurerne supplerer tabellerne ved at vise tal for hele perioden, når disse er tilgængelige. Det gælder for eksempel indikatorer, der er baseret på data fra nationale registre, hvor der findes data for hvert år, for eksempel andelen af tidligt fødte børn. I dette tilfælde vil figuren supplerer med opgørelse for hvert år i perioden 2010-2017, mens tabellen kun viser tal for 2010, 2013 og 2017. Det er væsentligt at have for øje, at figurerne viser andele, som ikke er justeret for forskelle i køn og alder.

TABELEKSEMPEL 1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	21,7		147.415	17,8		135.573	17,1		148.697	
KVINDER	20,1		79.128	16,2		72.593	15,7		79.619	
Grundskole	26,5	3,01*	21.320	22,2	2,93*	18.222	21,7	3,4*	17.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,2	2,04*	30.365	17,7	1,89*	27.788	17,5	2,14*	30.863	
Videregående uddannelse	12,6	1	25.854	10,5	1	25.262	9,4	1	29.617	
Uoplyst	15,7	1,89*	1.589	14,4	1,76*	1.321	14,7	1,77*	1.725	
SII**	-22,2			-18,5			-20,4			0,74
MÆND	23,5		68.287	19,4		62.980	18,6		69.078	
Grundskole	32,6	3,23*	15.593	28,3	3,52*	13.530	27,0	3,7*	13.788	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	25,0	2,07*	31.969	20,8	2,18*	29.603	19,5	2,21*	32.064	
Videregående uddannelse	13,9	1	19.349	10,8	1	18.620	10,1	1	21.511	
Uoplyst	26,9	2,69*	1.376	27,9	3,52*	1.227	26,1	3,24*	1.715	
SII**	-22,4			-20,4			-21,5			0,74

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

%: angiver procentandel af kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der ryger dagligt. I eksemplet her er der 26,5 % kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der ryger dagligt.

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at ryge dagligt i forhold til referencegruppen (videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau). I eksemplet her er OR 3,23, dvs. mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har 3,23 gange større chance for at være daglig ryger i forhold til mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Langt de fleste OR er i rapporten justeret for alder (enkelte indikatorer er også justeret for køn), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammensætning (og evt. kønsammensætningen) mellem de to grupper.

*****: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at være daglig ryger mellem personer med henholdsvis grundskole (eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse) som uddannelsesniveau og referencegruppen, som er personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden for daglig rygning målt mellem lavest og højest fuldførte uddannelsesniveau, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper. I eksemplet her er den sociale ulighed i andelen af kvinder, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau, er 20,4 procentenheder.

Trend, p-værdi: angiver signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er statistisk signifikante. Det er et udtryk for, om den sociale ulighed er ændret over tid, angivet ved en p-værdi. I eksemplet her er der for mænd fundet en p-værdi = 0,74, der indikerer, at der ikke ses en signifikant ændring i den sociale ulighed i daglig rygning i perioden 2010 til 2017.

TABELEKSEMPEL 2

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	79.299	625,6		65.494	510,2	
KVINDER	34.896	527,3		26.305	392,4	
Grundskole	15.784	833,7	1,57*	11.174	654,9	1,60*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	435,0	1,25*	9.009	357,2	1,28*
Videregående uddannelse	5.999	294,7	1	5.114	225,9	1
Uoplyst	2.278	1149,0	1,63*	1.008	475,3	1,62*
SII**		-310,0			-258,0	
MÆND	44.403	732,9		39.189	639,1	
Grundskole	14.639	995,7	1,45*	11.986	873,3	1,47*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	703,3	1,26*	17.787	638,9	1,27*
Videregående uddannelse	8.503	520,4	1	8.083	462,2	1
Uoplyst	1.719	977,3	1,39*	1.333	587,9	1,47*
SII**		-371,0			-345,0	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveaue. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Antal nye tilfælde: angiver antallet af nye sygdomstilfælde (også kaldet incidens) i den givne periode, her 2010-2013. I eksemplet her er der blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue 14.639 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom i perioden 2010-2013.

Antal nye tilfælde pr. 100.000: angiver antal nye sygdomstilfælde per 100.000 person-år. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen pr. 01/01/2010. I eksemplet her er der ud af 100.000 mænd 995,7, der får iskæmisk hjertesygdom i perioden 2010-2013.

IRR: angiver en incidensrate ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) incidensraten (antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 person-år) er for den aktuelle gruppe sammenlignet med referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i alderssammensætningen mellem de to grupper. I eksemplet her er incidensraten blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue 1,47 gange højere end incidensraten for mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveaue.

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden i antal nye sygdomstilfælde målt mellem lavest og højest uddannelsesniveaue, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper. SII er aldersjusteret. I eksemplet her er den sociale ulighed i antal nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd, beregnet som forskellen mellem mænd med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveaue, 345 pr. 100.000 mænd. Dette udtrykker en negativ social ulighed i iskæmisk hjertesygdom blandt mænd i forhold til højest fuldførte uddannelsesniveaue.

Beskrivelse af resultater

I beskrivelsen af resultaterne bruges en række standardformuleringer, som vi vil redegøre for i det følgende.

I denne rapport refereres der til andele som for eksempel "Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der 74 %, som vurderer deres helbred som godt".

Andelen på 74 % er ikke justeret for alder og køn.

Er der social ulighed?

Når vi skal vurdere, om der er social ulighed inden for en indikator, bruger vi de justerede oddsratio'er (OR). Hvis gruppen af personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har en OR, som er signifikant højere eller lavere end 1 (markeret med en ***), konkluderes det, at der er social ulighed for den givne indikator. Følgende tre standardformuleringer er således baseret på en vurdering af OR for gruppen med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til referencegruppen med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau:

- Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der...
- Der ses en social ulighed...

Hvis det gælder for både kvinder og mænd i alle tre år, beskrives det som:

- Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år.

Graden af social ulighed beskrives som lav, moderat og høj baseret på størrelsen af henholdsvis odds ratio (OR) og incidensrate ratio (IRR). OR og IRR kan have værdier over og under 1.0. Følgende intervaller er benyttet for graden af social ulighed med angivelse af intervaller under 1.0 i parentes.

Der ses en

- lav grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1.00-1.49 (0.67-1.00)
- moderat grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1.50-2.00 (0.50-0.66)
- høj grad af social ulighed, når OR eller IRR >2.00 (<0.50)

Er uligheden blevet større eller mindre i perioden?

Til at vurdere, om uligheden bliver større eller mindre i perioden, bruger vi SII og trend testet af SII. Trend testet beskriver SII over tid ved en ret linje. SII beskriver retningen på udviklingen, altså om uligheden bliver større eller mindre. Hvis SII bevæger sig længere væk fra nul enten i positiv eller negativ retning, er uligheden blevet større. Mens hvis SII i perioden nærmer sig nul, er uligheden blevet mindre. En negativ værdi for SII er et udtryk for, at der er en større forekomst af indikatoren blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau sammenlignet med personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Hvis trend testet er statistisk signifikant, konkluderer vi, at der er sket en statistisk signifikant ændring i uligheden. For de datakilder, hvor vi har data for alle år fra 2010-2017, er trend test baseret på SII for alle år og ikke kun for de tre år, som vises i tabellen. Derfor kan der være steder, hvor der ser ud til at være en trend for de tre år i tabellen, men der ikke er et statistisk signifikant trend test. Det kan skyldes, at der ikke er et fald eller en stigning i SII gennem hele perioden.

1 | Sociale vilkår for sundhed



I dette kapitel beskrives indikatorer for sociale vilkår, der har betydning for sundheden. Det drejer sig om indkomstfordeling, fattigdom og arbejdsløshed. Indkomstuligheden påvirkes i høj grad af politiske beslutninger, og en stor del af forandringerne kan tilskrives senere års politiske reformer af skatter og velfærdsydelse. Relativ fattigdom^{1,2} er samtidig steget kraftigt – særligt blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indkomst er stærkt påvirket af uddannelse og position på arbejdsmarkedet. Indkomst påvirker i sig selv helbredet³. Men indkomst påvirkes også af helbred i en modsatrettet årsagsrelation, sådan at dårligt helbred påvirker indkomsten.

Studier fra mange lande inklusive Danmark har bekræftet hypotesen om en lineær relation mellem indkomst og helbred. Det betyder, at associationen mellem indkomst og helbred er stærkere i lavere indkomstlag – et mønster, som er blevet forstærket i de senere år. Denne sammenhæng bidrager til, at samfund med små indkomstforskelle har et generelt bedre helbred⁴. Denne association findes internationalt, men Danmark falder ikke ind i mønsteret, da vi har relativt set lav økonomisk ulighed og samtidig noget højere dødelighed end de fleste andre velstillede lande.

Langvarig arbejdsløshed er forbundet med alvorlige helbredsproblemer. Bag den statistiske sammenhæng mellem arbejdsløshed og helbred findes ligesom med indkomst to årsagsrelationer: Den første er, at dårligt helbred, ikke mindst psykiske lidelser, øger risikoen for at blive arbejdsløs. Den anden årsagsrelation handler om, at arbejdsløsheden har en effekt på helbredet. Nordiske studier finder, at der er en effekt af arbejdsløshed på mentalt helbred (særligt depression) og hjertekarsygdom⁵. Der er fundet en tydelig effekt på dødelighed inklusive selvmord, også når man tager hensyn til, at psykisk syge oftere bliver arbejdsløse⁶. Mennesker med nedsat psykisk helbred er også mere sårbare for effekten af arbejdsløshed⁷.

1.1 Gini-koefficient

I dette afsnit belyses udviklingen i indkomstfordelingen for perioden 2000-2018 målt ved brug af Gini-koefficienten.

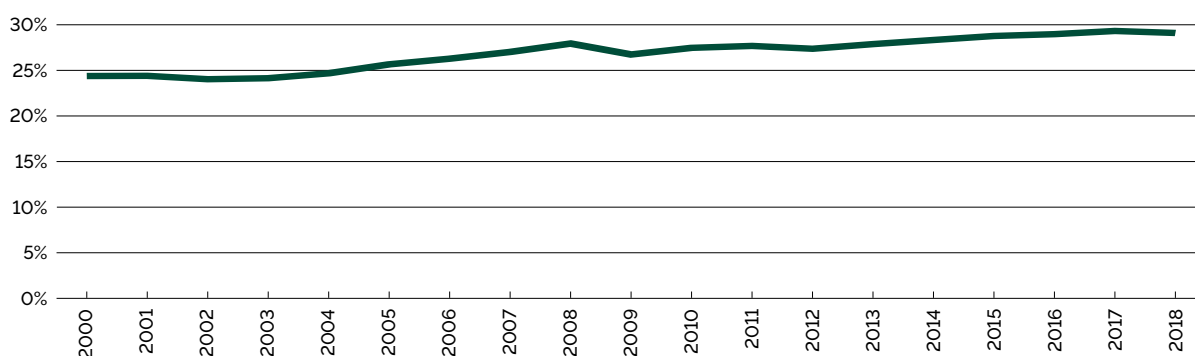
Gini-koefficienten er et mål for indkomstulighed, der med et enkelt tal angiver afstanden i indkomst mellem personerne med de mindste og de største indkomster. Hvis alle personer i et samfund har den samme indkomst, er Gini-koefficienten 0. Hvis én person modtager al indkomst, og resten af befolkningen ingen indkomst har, vil Gini-koefficienten være 100⁸.

Danmark har sammen med de øvrige nordiske lande en forholdsvis lav grad af indkomstulighed sammenlignet med andre europæiske lande⁹, hvilket hænger sammen med den veludbyggede skandinaviske velfærdsstatsmodel. Den lave grad af indkomstulighed er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med en lav grad af social ulighed i sundhed, hvilket er blevet kaldt "The Scandinavian Welfare Paradox of Health"¹⁰. Hermed menes det paradoks, at der i Danmark og andre nordiske lande, karakteriseret ved en universel velfærdsmodel og forholdsvis lave indkomstuligheder, samtidig ses en betydelig social ulighed i dødelighed og selv vurderet helbred^{10, 11}.

Indikatoren Gini-koefficient er i denne rapport baseret på tal fra Statistikbanken ved Danmarks Statistik. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

FIGUR 1.1

Gini-koefficient som ulighedsmål beregnet ved ækvivaleret disponibel indkomst i perioden 2000-2018.



Af figur 1.1 fremgår det, at Gini-koefficienten er steget fra 24,1 Gini-point i år 2000 til 29,1 i 2018. Det betyder, at indkomstuligheden er vokset i perioden 2000-2018.

1.2 Fattigdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er fattige, for personer på 30 år eller derover.

I overensstemmelse med OECD måles risikoen for fattigdom i forhold til normen i samfundet (relativ fattigdom). Det gøres ved at se på den andel af befolkningen, der har en disponibel indkomst efter skat på 50 % af medianindkomsten. Medianindkomsten er den indkomst, hvor halvdelen af befolkningen har en højere indkomst og halvdelen har en lavere indkomst^{1, 2}.

At leve i fattigdom kan påvirke helbredet negativt gennem et komplekst sammenspil af en række materielle, sociale og psykosociale mekanismer¹². Personer, der er økonomisk fattige, rapporterer markant dårligere fysisk og psykisk helbred end personer, der ikke er økonomisk fattige¹³. Herudover har økonomisk fattige også væsentligt flere materielle, sociale og helbredsmæssige afsavn end personer, der ikke er økonomisk fattige – herunder også basale afsavn som for eksempel at undlade at købe medicin af økonomiske grunde¹³.

Indikatoren fattigdom er i denne rapport defineret på basis af information i Familieindkomstregistret og Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 1.2

Andelen af fattige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personer på 30 år eller derover, i 2000 og 2016.

	2000			2016			Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N		
ALLE	2,4		3.339.283	4,1		3.644.309	1,7	
Grundskole	2,8	2,03*	1.093.955	4,6	2,94*	860.347	1,8	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,2	1,30*	1.265.167	2,8	1,44*	1.470.041	0,6	
Videregående uddannelse	1,7	1	711.920	2,2	1	1.146.124	0,5	
Uoplyst	4,2	7,10*	268.241	24,8	12,73*	167.797	20,6	
SII**	-2,2			-4,5				0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er fattige, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2000 til 2016.

Tabel 1.2 viser sammenhængen mellem andelen af fattige og højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2000 og 2016.

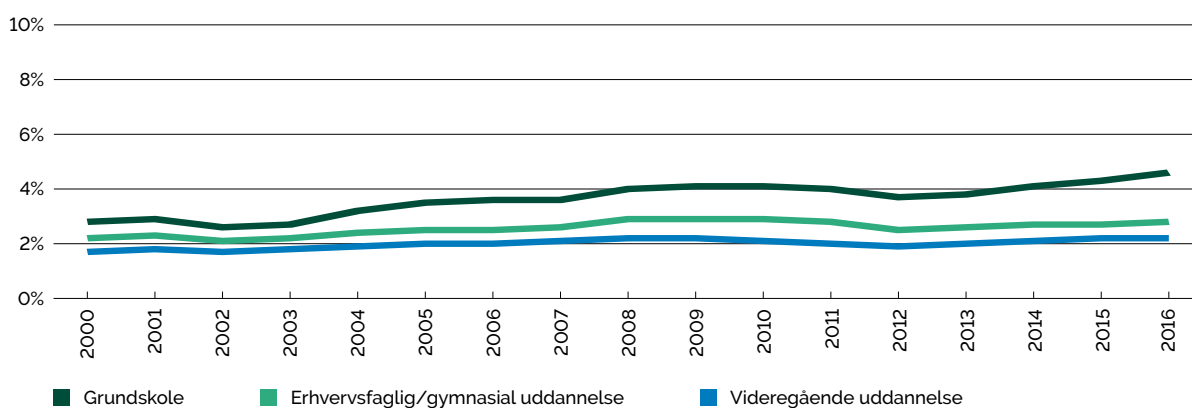
I 2016 er der blandt personer med grundskole 4,6 %, der er relativt fattige. Det gælder henholdsvis 2,8 % og 2,2 % blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn og alder er der en signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af fattige. Der ses en social gradient, hvor andelen af fattige er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både i 2000 og i 2016.

Den sociale ulighed i andelen af fattige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 4,5 procentenheder i 2016, mens det var 2,2 procentenheder i år 2000. Der er sket en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

FIGUR 1.2

Andelen af fattige fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for personer på 30 år eller derover i perioden 2000-2016.



Figur 1.2 viser sammenhængen mellem andelen af fattige og højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.

Af figur 1.2 fremgår det, at andelen af fattige er steget i perioden 2000-2016 og særligt blandt personer med grundskole som uddannelsesniveau.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er relativt fattige i perioden 2000-2016. Andelen, der er fattige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

1.3 Arbejdsløshed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer i alderen 30-65 år, der er arbejdsløse.

Talrige undersøgelser har dokumenteret, at der eksisterer en gensidig sammenhæng mellem sundhed og tilknytning til arbejdsmarkedet¹⁴⁻²¹. Der findes to centrale kausale årsagsforklaringer hertil. Den første forklaring beskriver, hvordan sundhedstilstanden (både fysisk og psykisk) kan have betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det handler blandt andet om, at mennesker med varig nedsat arbejdsevne kan få førtids-pension, men også om, at mange med ikke mindst psykiske lidelser bliver arbejdsløse og har svært ved at komme tilbage på arbejde. Den anden forklaring beskriver, hvordan en manglende eller ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet kan påvirke helbredet negativt^{5,7}.

De fleste arbejdsløshedsperioder er korte og opstår for eksempel efter endt uddannelse eller i forbindelse med jobskifte. Der er imidlertid nogle, som ikke forlader ledigheds-systemet med det samme. Længerevarende arbejdsløshed øger risikoen for tab af arbejdsmarkedsrettede kompetencer, hvilket udgør en omkostning for den enkelte og for samfundsøkonomien²².

Indikatoren arbejdsløshed er i denne rapport defineret på basis af information fra Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år, i 2000, 2010 og 2017.

	2000			2010			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,0		2.551.560	2,3		2.641.281	1,7		2.576.163	
KVINDER	3,2		1.261.196	1,7		1.313.671	1,7		1.281.884	
Grundskole	3,9	1,88*	422.064	2,2	1,83*	293.049	2,1	1,56*	216.004	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,4	1,58*	488.099	1,8	1,40*	527.969	1,6	1,15*	480.974	
Videregående uddannelse	2,2	1	326.894	1,3	1	463.950	1,5	1	522.219	
Uoplyst	4,5	2,15*	24.139	1,9	1,40*	28.703	3,0	1,90*	62.687	
SII**	-2,5			-1,4			-0,9			< 0,01
MÆND	2,7		1.290.364	2,8		1.327.610	1,7		1.294.279	
Grundskole	3,1	1,41*	354.486	3,7	1,88*	293.881	2,2	1,42*	248.007	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,6	1,17*	606.206	2,9	1,44*	624.162	1,3	0,87*	572.482	
Videregående uddannelse	2,2	1	298.821	2,1	1	370.810	1,6	1	390.821	
Uoplyst	4,3	2,02*	30.851	2,8	1,35*	38.757	3,1	1,95*	82.969	
SII**	-1,2			-2,3			-0,6			0,76

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 1.3 viser sammenhængen mellem andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

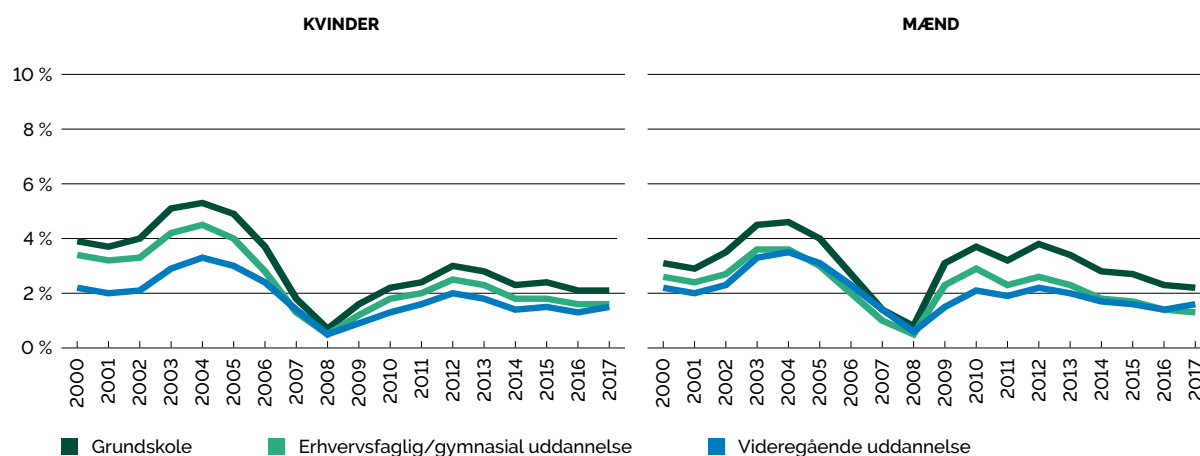
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 2,1 %, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Det gælder henholdsvis 1,6 % og 1,5 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd er der i 2017 2,2 %, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, blandt mænd med grundskole. Blandt mænd med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 1,3 % og 1,6 % i 2017.

Justeret for alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år.

Den sociale ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 0,9 procentenhed blandt kvinder og 0,6 procentenhed blandt mænd i 2017. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden fra 2000-2017 er sket et statistisk signifikant fald i den sociale ulighed, sådan at uligheden er faldet. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år, i perioden 2000-2017.



Figur 1.3 viser sammenhængen mellem andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.

Som det fremgår af figur 1.3, er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, påvirket af konjunkturændringer. Af figuren fremgår det, at der frem mod finanskrisen i 2008 ses et fald i arbejdsløsheden for alle uddannelsesgrupper både blandt kvinder og mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017. Således er andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder gælder det, at der i perioden 2000-2017 er sket et fald i den sociale ulighed. Blandt mænd er der ikke sket en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til sociale vilkår, som har betydning for vores sundhed. Indkomstuligheden er i perioden 2000-2018 steget fra 24,1 Gini-point til 29,1 Gini-point.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, som er relativt fattige, og en højere andel, som er arbejdsløse, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed ses en stigning i fattigdom i perioden 2000-2016 både blandt kvinder og blandt mænd. Omvendt ses et fald i den sociale ulighed i arbejdsløshed blandt kvinder i perioden 2000-2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt mænd i forhold til arbejdsløshed.

Referencer

1. Danmarks Statistik. Levevilkår. Tema: Måling af fattigdom. København: Danmarks Statistik; 2012.
2. Ekspertudvalg om fattigdom. En dansk fattigdomsgrænse – analyser og forslag til opgørelsesmetoder. København: Ekspertudvalg om fattigdom; 2013.
3. Lenhart O. The effects of income on health: new evidence from the Earned Income Tax Credit. *Review of Economics of the Household*. 2019;17(2):377-410.
4. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316-26.
5. Browning M, Dano AM, Heinesen E. Job displacement and stress-related health outcomes. *Health economics*. 2006;15(10):1061-75.
6. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality - A longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;64:22-8.
7. Andreeva E, Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Theorell T, Brenner MH. Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1045.
8. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.
9. OECD Centre for Opportunity and Equality. Understanding the socio-economic divide in Europe OECD Centre for Opportunity and Equality; 2017.
10. Hurrelmann K, Rathmann K, Richter M. Health inequalities and welfare state regimes. A research note.
11. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*. 2008;18(6):593-9.
12. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
13. Benjaminsen L, Enemark M, Birkelund J. Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
14. Andersen I, Bronnum-Hansen H, Kriegbaum M, Hougaard CO, Hansen FK, Diderichsen F. Increasing illness among people out of labor market - A Danish register-based study. *Soc Sci Med*. 2016;156:21-8.
15. Blomqvist S, Burstrom B, Backhans MC. Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. *Int J Equity Health*. 2014;13:51.
16. Burstrom B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labor markets? *Int J Health Serv*. 2000;30(3):435-51.

17. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Working Group of Danish Review on Social Determinants of H, Andersen AM, Bach E, et al. Health inequality--determinants and policies. *Scand J Public Health*. 2012;40(8 Suppl):12-105.
18. Holland P, Burstrom B, Moller I, Whitehead M. Socioeconomic inequalities in the employment impact of ischaemic heart disease: a longitudinal record linkage study in Sweden. *Scand J Public Health*. 2009;37(5):450-8.
19. Holland P, Burstrom B, Moller I, Whitehead M. Gender and socio-economic variations in employment among patients with a diagnosed musculoskeletal disorder: a longitudinal record linkage study in Sweden. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45(8):1016-22.
20. Holland P, Burstrom B, Whitehead M, Diderichsen F, Dahl E, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. *Int J Health Serv*. 2011;41(3):395-413.
21. Holland P, Nylen L, Thielen K, van der Wel KA, Chen WH, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part II: The impact of active and passive labor market policies. *Int J Health Serv*. 2011;41(3):415-30.
22. Finansministeriet. Økonomisk Redegørelse - December 2019. København: Finansministeriet; 2019

2

Generelle helbreds- indikatorer



I dette kapitel beskrives generelle helbredsindikatorer, der knytter sig til forskellige faser i et livsforløb. De generelle helbredsindikatorer inkluderer restlevetid for 30-årige, dødelighed i befolkningen, børnedødelighed, selvvrurderet helbred og funktionsevne hos ældre.

Restlevetid og dødelighed i forskellige aldersgrupper inklusive børnedødelighed anvendes ofte til karakterisering af befolkningens sundhed. Disse mål benyttes ofte i internationale sammenligninger, fordi de er mere sammenlignelige end andre mål. Ulighed og ændringer i middellevetid formes af dødelighedsmønstret i forskellige aldersgrupper. Det er ulighed i dødelighed blandt midaldrende, som er afgørende for uligheden i middellevetid i Danmark. En voksende andel af dødsfaldene i Danmark sker i et snævert aldersinterval mellem 85 og 105 år, men den mindskede spredning i dødsalder har ikke fundet sted blandt personer med en kort uddannelse¹.

Selvvrurderet helbred er en persons egen vurdering af en række helbredsforhold, som rummer mere og andet end en liste af de enkelte sygdomme, personen lider af. Selvvrurderet helbred er en indikator, der ofte benyttes som et overordnet mål for en befolknings helbredstilstand. Når man søger at forstå uligheden i selvvrurderet helbred hos individer med lavest og højest fuldførte uddannelsesniveauer, finder man, at sociale vilkår i barndommen spiller en vigtig rolle², men også, at ulighed i materielle forhold (fx indkomst og bolig), fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø samt sundhedsadfærd senere i livet er vigtige forklaringer, ikke mindst i Danmark³.

Bevarelse af høj funktionsevne blandt ældre er vigtig for et godt og selvstændigt liv. Med stigende middellevetid, og dermed et stigende antal ældre, er bevarelse af så høj funktionsevne som muligt vigtig for samfundets behov for ressourcer til blandt andet sundheds- og omsorgsydelser.

2.1 Restlevetid

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem henholdsvis højest fuldførte uddannelsesniveau og indkomstniveau og restlevetiden for 30-årige.

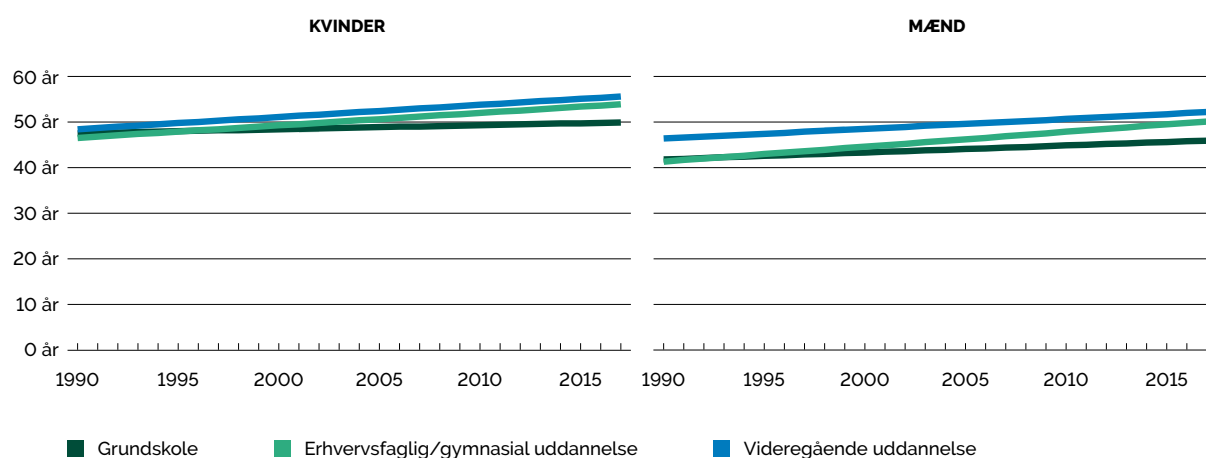
Restlevetid defineres som det gennemsnitlige resterende antal år, en person på 30 år forventes at leve i. Det forudsættes, at dødeligheden fremover svarer til dødeligheden i befolkningen (begge køn og alle aldersgrupper på 30 år eller derover) for det år, beregningen er lavet⁴.

Indikatoren restlevetid for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Befolkningsregistret og Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.1.1 Restlevetid og uddannelse

FIGUR 2.1.1

Restlevetid blandt 30-årige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd, i perioden 1990-2016.



Figur 2.1.1 viser sammenhængen mellem restlevetid blandt 30-årige og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd i perioden 1990-2016.

Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og restlevetid blandt 30-årige. Der ses en social gradient, hvor restlevetiden blandt 30-årige er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Af figur 2.1.1 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige generelt er steget i perioden 1990-2016. Restlevetiden er steget langsommere blandt personer med grundskole end blandt personer med både erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Denne udvikling gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Det betyder, at den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige er steget i perioden fra 1990-2016.

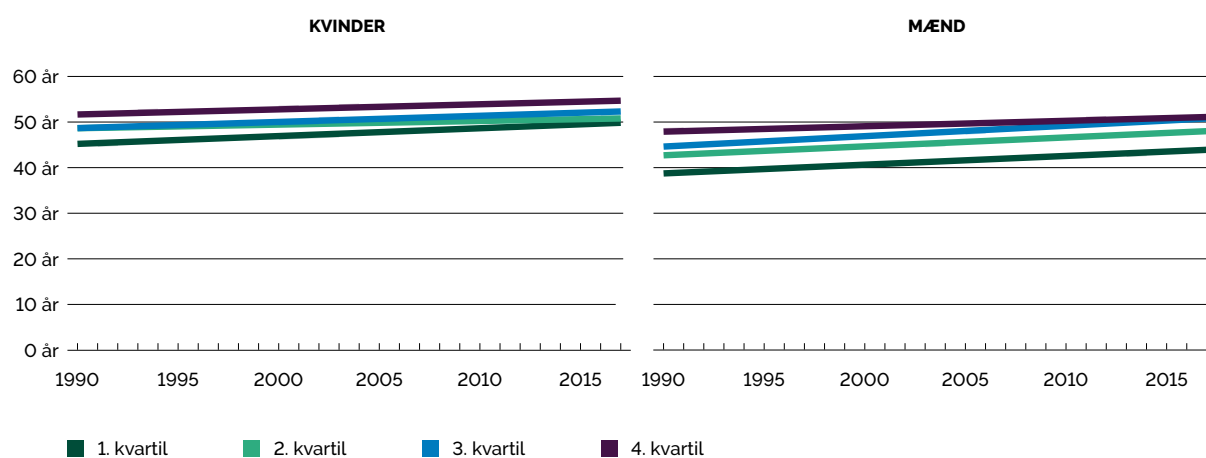
Sammenfatning

Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt kvinder og blandt mænd.

2.1.2 Restlevetid og indkomst

FIGUR 2.1.2

Restlevetid blandt 30-årige, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd, i perioden 1990-2016.



Figur 2.1.2 viser sammenhængen mellem restlevetid blandt 30-årige og indkomstniveau blandt kvinder og mænd i perioden 1990-2016.

Der er en sammenhæng mellem indkomstniveau og restlevetid blandt 30-årige. Der ses en social gradient, hvor restlevetiden blandt 30-årige er længere med højere indkomstniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Af figur 2.1.2 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige generelt er steget i perioden 1990-2016. Restlevetiden er steget langsommere blandt personer med lavt indkomstniveau end blandt personer med højt indkomstniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Det betyder, at den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige er steget i perioden fra 1990-2016.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt kvinder og blandt mænd.

2.2 Dødelighed i befolkningen

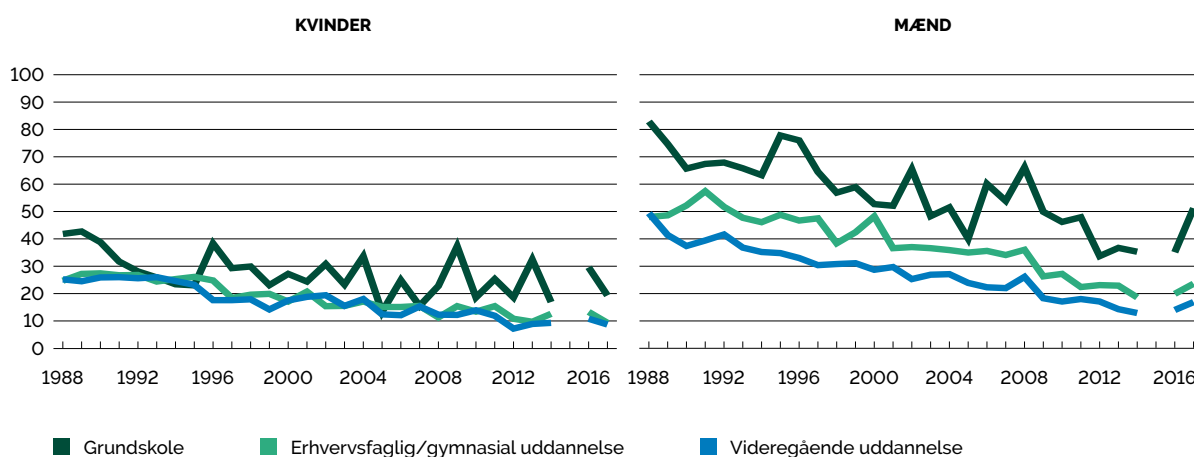
I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal dødsfald pr. 100.000 personer, for personer på henholdsvis 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Dødelighed blandt 1-24-årige er undersøgt i forhold til forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Gennem de sidste 100 år er middellevetiden i Danmark steget markant for både kvinder og mænd, men kvinderne har hele tiden haft en længere levetid end mændene⁵. Denne generelle udvikling i dødeligheden afspejler særligt en ganske lav og konstant faldende dødelighed blandt børn og unge, mens dødeligheden blandt personer på 35 år eller derover har været mere stabil gennem de sidste årtier⁶. Gennem de sidste 3-5 årtier har der konstant været en forskel i dødeligheden mellem lavest og højest uddannelsesniveau, således at selvom dødeligheden er faldet i hele perioden, er dødeligheden konstant højere blandt lavest uddannede end blandt højest uddannede⁷.

Indikatoren dødelighed er i denne rapport defineret på basis af information fra Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

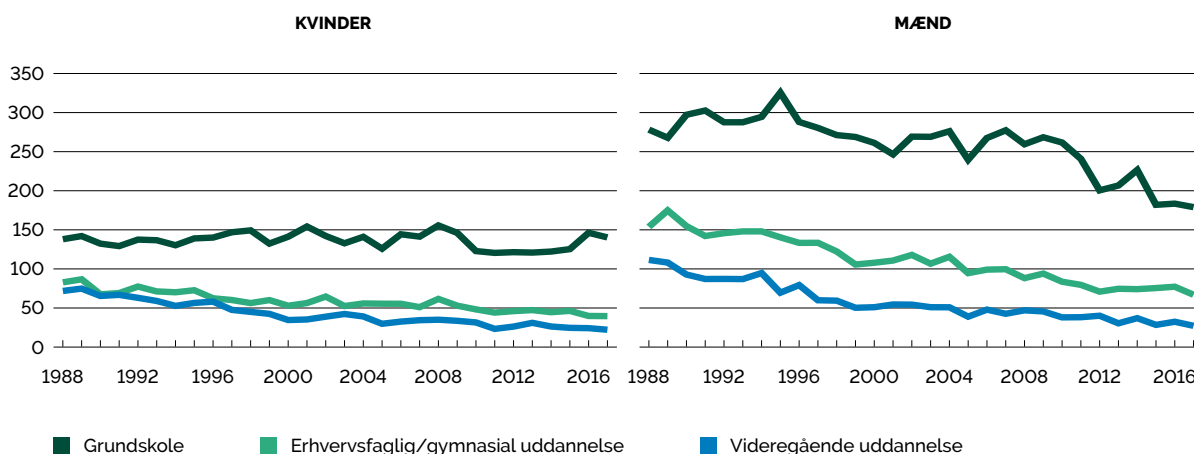
FIGUR 2.2.1

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på forældres højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 1-24-årige piger og drenge, i perioden 1988-2017.



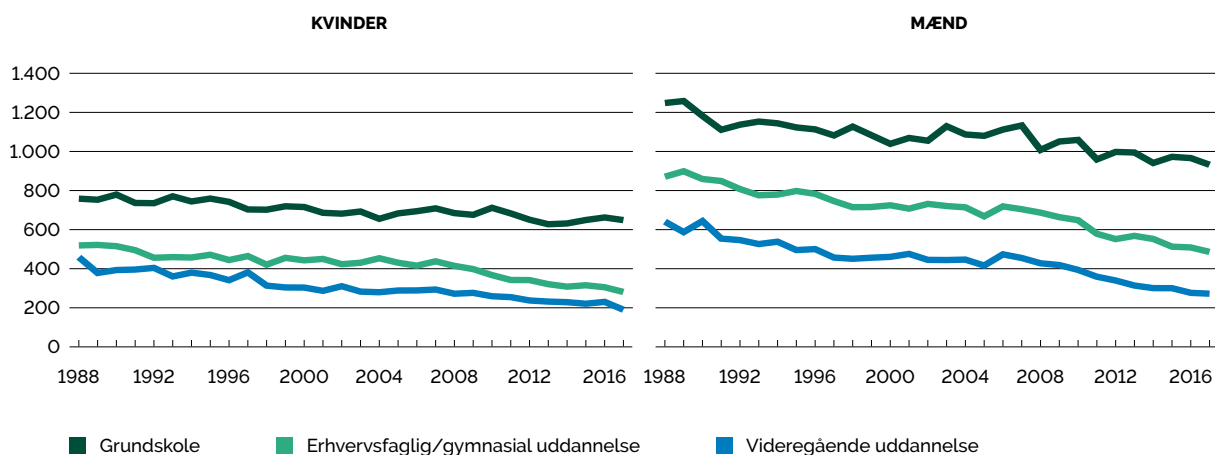
FIGUR 2.2.2

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 25-44-årige kvinder og mænd, i perioden 1988-2017.



FIGUR 2.2.3

Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt 45-64-årige kvinder og mænd, i perioden 1988-2017.



Figur 2.2.1, 2.2.2 og 2.2.3 viser sammenhæng mellem antallet af dødsfald pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og blandt mænd i perioden 1988-2017. De tre figurer viser tal for henholdsvis 1-24-årige, 25-44-årige og 45-64-årige. Blandt 1-24-årige er der få dødsfald i 2014, og tallene er derfor ikke vist.

Blandt de 1-24-årige ses i perioden en del udsving, men et generelt fald i dødeligheden blandt både piger og drenge (figur 2.2.1). Af figur 2.2.2 og 2.2.3 fremgår det, at dødeligheden generelt er faldet i perioden 1988-2017. Det gælder for alle tre fuldførte uddannelsesniveauer både blandt kvinder og blandt mænd, bortset fra de 25-44-årige kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue. For denne gruppe er dødeligheden i perioden stagneret.

Der er en sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveaue og antallet af dødsfald pr. 100.000 personer. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveaue. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle aldersgrupperne.

I perioden fra 1988-2017 er den sociale ulighed i dødelighed øget i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Blandt de 25-44-årige kvinder er den stigende ulighed et resultat af den stagnerende dødelighed blandt kvinder med grundskole, mens dødeligheden falder blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. For kvinder i aldersgruppen 45-64 år falder dødeligheden blandt kvinder med alle fuldførte uddannelsesniveauer, men langsommere for gruppen med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue. Blandt de 25-44-årige og 45-64-årige mænd øges den sociale ulighed som et resultat af, at dødeligheden falder langsommere blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1988-2017, således at antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveaue. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år.

2.3 Børnedødelighed og dødfødsler

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens højest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau og andelen af dødfødsler samt dødeligheden blandt levendefødte børn.

Børnedødelighed er tidligere anvendt som en indikator for et lands sundhedstilstand og levevilkår i internationale sammenligninger⁸. Dødfødsel defineres som fødsel af et dødt barn fra og med uge 22 i graviditeten⁹. Spædbørnsdødelighed dækker over dødeligheden i barnets første leveår, og den havde i mange år stor betydning for befolkningens middellevetid¹⁰. Neonatal dødelighed anvendes som betegnelse for spædbørn, der dør inden for de første 28 dage. Det er i denne periode, at de fleste spædbørn dør, og dødsfaldet kan skyldes for tidlig fødsel, medfødte misdannelser eller andre komplikationer. Postneonatal dødelighed forekommer fra 29 dage og frem til barnet bliver ét år^{11, 12}. Postneonatal dødelighed beskrives ikke i denne rapport, idet der er så få dødsfald, at resultaterne ikke kan publiceres grundet persondatabeskyttelse.

Indikatoren dødfødsler er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Medicinske Fødselsregister. Indikatorerne neonatal dødelighed og dødelighed inden barnet er fyldt 5 år er i denne rapport defineret på basis af information fra Dødsårsagsregistret. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.3.1 Dødfødsel

TABEL 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 fødsler	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 fødsler	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 fødsler	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,7		60.426	3,7		53.039	3,9		58.952	
Grundskole	5,0	1,62*	8.837	6,0	1,96*	6.884	6,8	2,63*	6.138	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,9	1,32	20.128	3,9	1,30	16.473	4,0	1,45*	16.942	
Videregående uddannelse	2,9	1	28.842	3,0	1	26.088	3,0	1	29.639	
Uoplyst	5,7	1,95*	2.619	3,3	1,12	3.594	5,1	1,78*	6.233	
<i>SII**</i>	-2,3			-3,0			-4,6			0,48

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antal dødfødsler pr. 1000 fødsler er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.1 viser sammenhængen mellem antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

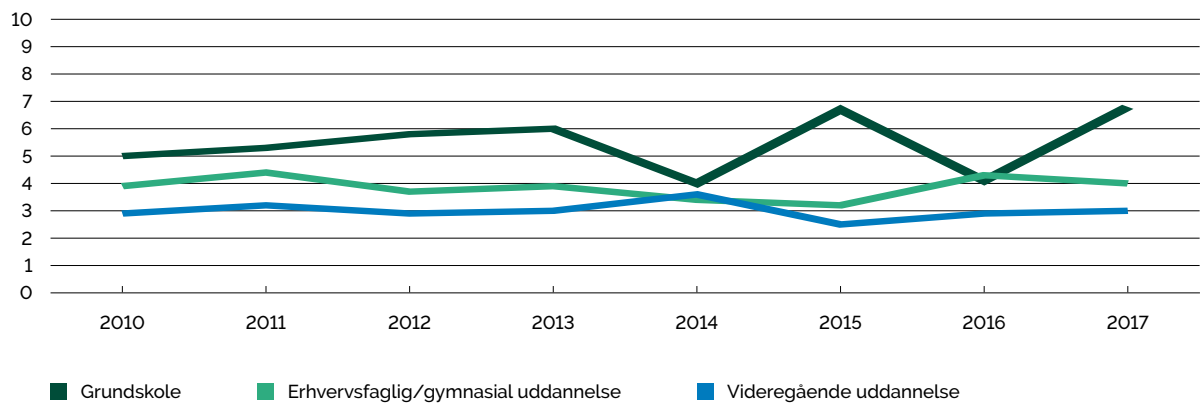
I 2017 er der blandt fødsler af mødre med grundskole 6,8 dødfødsler pr. 1.000 fødsler. Der er henholdsvis 4,0 og 3,0 dødfødsler pr. 1.000 fødsler blandt fødsler af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødfødsler for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 4,6 dødfødsler pr. 1.000 i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i perioden 2010-2017.



Figur 2.3.1 viser sammenhængen mellem antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødfødsler pr. 1.000 fødsler i perioden 2010-2017, således at antallet af dødfødsler pr. 1.000 er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.3.2 Neonatal død

TABEL 2.3.2

Antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	
ALLE	2,2		57.600	1,9		49.262	2,6		52.519	
Grundskole	3,3	1,81*	8.793	3,8	2,39*	6.843	4,3	2,14*	6.096	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,9	1,02	20.049	1,8	1,11	16.409	3,0	1,50*	16.874	
Videregående uddannelse	1,9	1	28.758	1,6	1	26.010	2,1	1	29.549	
Uoplyst										
<i>SII**</i>	<i>-1,5</i>			<i>-1,8</i>			<i>-2,8</i>			<i>0,72</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.2 viser sammenhængen mellem antallet af neonatale dødsfald, det vil sige dødsfald inden for de første 28 dage, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

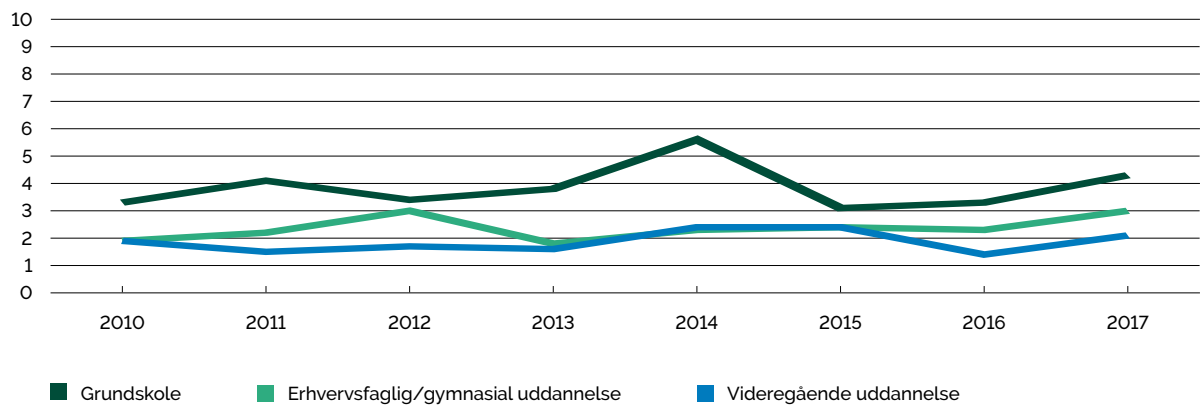
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole som igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau 4,3 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte. Der er henholdsvis 3,0 og 2,1 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt fødsler af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk sammenhæng mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 2,8 dødsfald pr. 1.000 i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.3.2

Antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 2.3.2 viser sammenhængen mellem antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage i perioden 2010-2017, således at antallet af neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.3.3 Dødelighed for børn under 5 år

TABEL 2.3.3

Antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, for børn født år 2010, 2011 og 2012.

	2010			2011			2012			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 levende- fødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levende- fødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levende- fødte	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,4		60.204	3,3		56.012	3,3		54.904	
Grundskole	5,6	1,87*	8.793	6,4	2,92*	7.819	5,4	2,02*	7.362	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,0	1,01	20.049	3,1	1,44	17.972	3,8	1,57*	17.271	
Videregående uddannelse	3,0	1	28.758	2,2	1	27.326	2,3	1	26.946	
Uoplyst	3,8	1,28	2.604	6,9	3,3*	2.895	3,0	1,26	3.325	
<i>SII**</i>	-2,4			-4,3			-3,3			0,67

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.3 viser sammenhængen mellem antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau for børn født år 2010, 2011 og 2012.

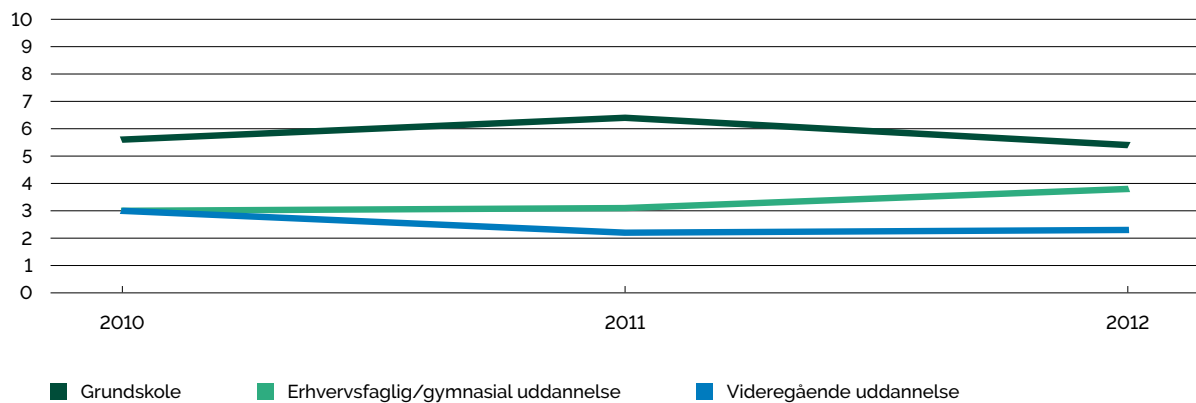
Blandt børn af mødre med grundskole er der 5,4 dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte for børn født i 2012. Der er henholdsvis 3,8 og 2,3 dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt børn født i 2012 af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem moderens igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte for børn født alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem mødre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 3,3 procentenheder for børn født i 2012. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for børn født i år 2010-2012.

FIGUR 2.3.3

Antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau, for børn født år 2010, 2011 og 2012.



Figur 2.3.3 viser sammenhængen mellem antallet af dødsfald blandt børn under 5 år og moderens uddannelsesniveau for børn født i perioden 2010-2012.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i perioden 2010-2012, således at antallet af dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.4 Selvvurderet helbred

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 30 år eller derover, der har et godt selvvurderet helbred.

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons egen samlede vurdering af sin helbredstilstand, der ikke alene kan beskrives ved en liste af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en god prædikator for sygelighed¹³⁻¹⁶. Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der findes flere forklaringer på disse sammenhænge. For det første er selvvurderet helbred en persons samlede vurdering af eget helbred. Denne vurdering omfatter ikke alene den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en sammenligning af egen helbredstilstand med helbredstilstanden blandt jævnaldrende. Desuden kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt egen forebyggende og sundhedsfremmende adfærd. Selvvurderet helbred menes tillige at være påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i ens netværk i tilfælde af sygdom¹⁷.

Indikatoren selvvurderet helbred er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	82,6		149.142	82,8		136.716	80,9		153.844	
KVINDER	80,6		80.146	80,9		73.207	78,9		82.266	
Grundskole	69,6	0,36*	21.963	68,5	0,32*	18.664	67,8	0,36*	18.315	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	83,0	0,65*	30.583	82,1	0,58*	27.894	79,6	0,61*	31.825	
Videregående uddannelse	88,9	1	25.895	89,4	1	25.273	87,0	1	30.261	
Uoplyst	64,8	0,35*	1.705	72,0	0,37*	1.376	77,2	0,50*	1.865	
<i>SII**</i>	<i>18,1</i>			<i>19,5</i>			<i>20,1</i>			<i>0,20</i>
MÆND	84,7		68.996	84,9		63.509	83,0		71.578	
Grundskole	76,1	0,38*	15.910	75,8	0,35*	13.775	73,8	0,36*	14.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	85,7	0,65*	32.218	85,0	0,58*	29.803	83,3	0,59*	33.187	
Videregående uddannelse	90,8	1	19.454	91,3	1	18.662	89,9	1	22.076	
Uoplyst	71,8	0,32*	1.414	79,7	0,38*	1.269	79,9	0,42*	1.883	
<i>SII**</i>	<i>13,9</i>			<i>14,3</i>			<i>16,5</i>			<i>0,17</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII; Ulighed i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.4 viser sammenhængen mellem andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

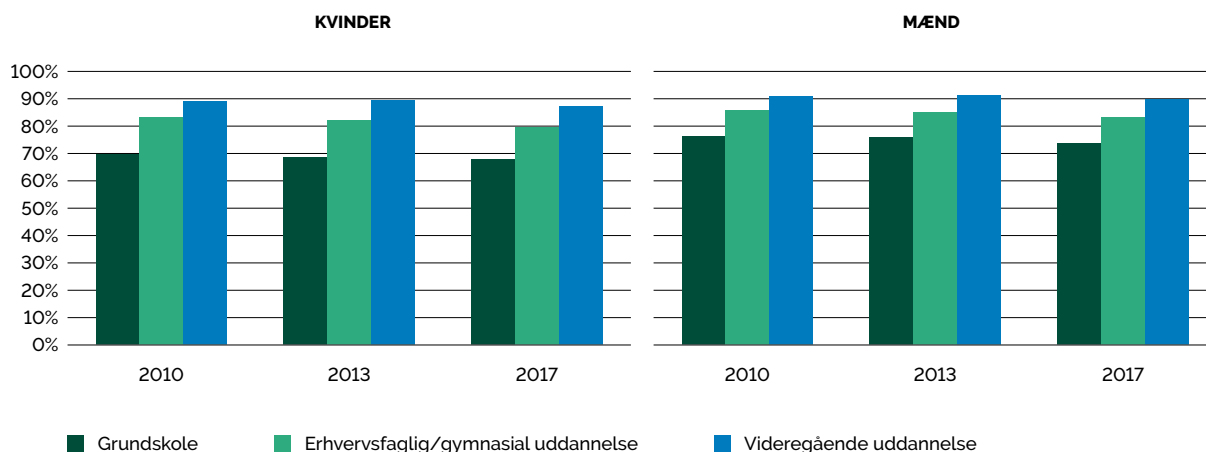
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 68 %, der har et godt selv vurderet helbred. Det gælder henholdsvis 80 % og 87 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 74 %, der har et godt selv vurderet helbred. Det gælder henholdsvis 83 % og 90 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har et godt selv vurderet helbred for både kvinder og mænd statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har et godt selv vurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har godt selv vurderet helbred, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 17 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.4 viser sammenhængen mellem andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har et godt selv vurderet helbred både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen, der har godt selv vurderet helbred, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.5 Funktionsevne

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænset mobilitet, samt andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder for personer på 65 år eller derover.

Danskernes middellevetid er gennem de seneste årtier overordnet set steget støt¹⁹. Både andelen og antallet af ældre – her afgrænset til personer på 65 år eller derover – forventes således at stige i de kommende år. Ifølge Danmarks Statistik udgjorde andelen af ældre på 65 år eller derover omkring 19 % af hele befolkningen i 2017. I 2050 forventes andelen at være steget til godt 24 %²⁰. I absolutte tal drejer det sig om en stigning fra 1,10 mio. i 2017 til 1,54 mio. i 2050. I takt med at befolkningen generelt lever længere, vil det betyde, at flere danskere kommer til at leve en del af deres liv med kronisk sygdom, idet ældre oftere får én eller flere samtidige kroniske sygdomme²¹. Desuden vil ældre typisk med alderen opleve en stigende grad af nedsat mobilitet^{22, 23} og kognition^{24, 25}. Dette mønster fremgår også af rapporten "Ældres sundhed og trivsel", som belyser sundhedstilstanden blandt personer på 65 år eller derover²⁶. Rapporten viser således, at ældres sundhedstilstand og trivsel generelt set bliver dårligere med alderen²⁶. Dette ses også afspejlet i, at efterspørgslen på og forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet og i den kommunale ældrepleje generelt stiger med alderen²⁷.

Indikatorerne mobilitet og kommunikationsfærdigheder er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (2010, 2013 og 2017). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.5.1 Mobilitet

TABEL 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	22,7		3.322	22,9		3.616	23,4		3.636	
Grundskole	27,1	2,52*	1.301	29,9	2,03*	1.300	32,6	2,75*	1.076	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	18,5	1,92*	1.238	19,6	1,59*	1.467	20,3	1,65*	1.547	
Videregående uddannelse	10,8	1	644	13,7		775	12,9	1	941	
Uoplyst	53,3	3,70*	139	40,6	2,36*	74	23,1	1,73	72	
SII**	-15,9			-13,2			-21,9			0,48

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænset mobilitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

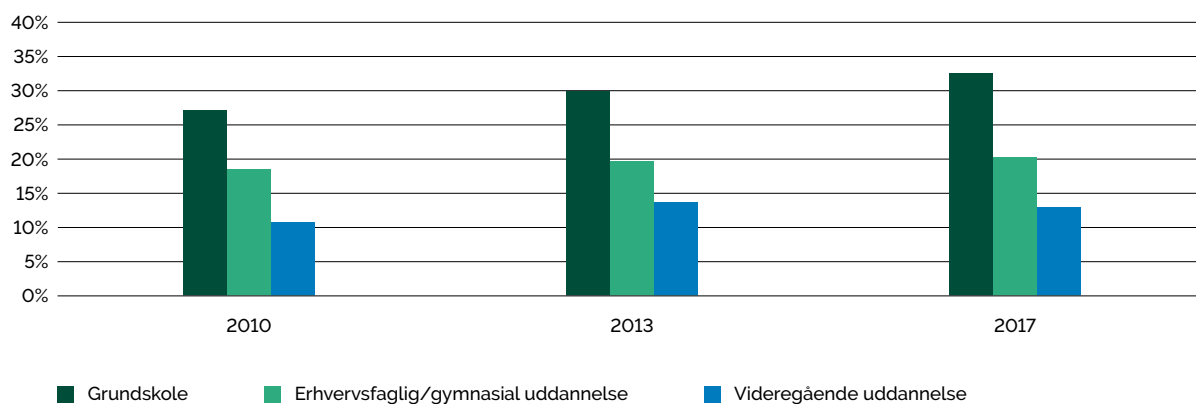
I 2017 er der blandt ældre med grundskole 33 %, der har begrænset mobilitet. Det gælder henholdsvis 20 % og 13 % blandt ældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænset mobilitet statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænset mobilitet, beregnet som forskellen mellem ældre med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 22 procentenheder i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænset mobilitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænset mobilitet i alle tre år, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

2.5.2 Kommunikationsfærdigheder

TABEL 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	10,9		3.352	12,1		3.631	12,5		3.680	
Grundskole	10,8	2,38*	1.318	15,8	1,74*	1.304	15,7	1,99*	1.100	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,5	2,60*	1.247	9,2	1,06	1.470	11,4	1,47*	1.563	
Videregående uddannelse	4,3	1	648	8,6	1	778	7,7	1	944	
Uoplyst	33,8	6,06*	139	29,3	2,77*	79	18,5	2,24*	73	
<i>SII**</i>	<i>-6,1</i>			<i>-8,5</i>			<i>-8,3</i>			<i>0,43</i>

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.5.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

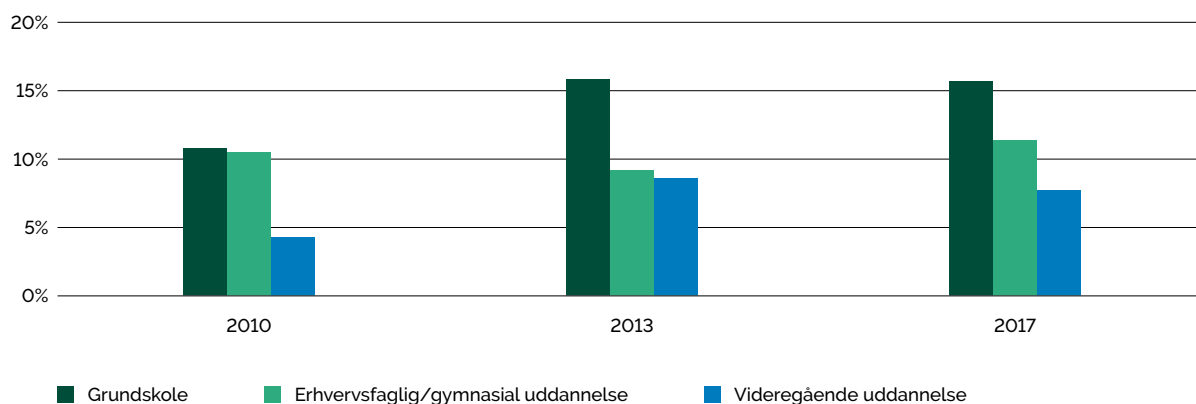
I 2017 er der blandt ældre med grundskole 16 %, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder. Det gælder henholdsvis 11 % og 8 % blandt ældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, beregnet som forskellen mellem ældre med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 8 procentenheder i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover, i 2010, 2013 og 2017.



Figur 2.5.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af ældre, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder i alle tre år, således at andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række generelle helbredsindikatorer, som ofte benyttes som mål for et lands udvikling og velstand over tid og i internationale sammenligninger.

Vi har i dette kapitel blandt andet beskrevet restlevetid for 30-årige, dødelighed i befolkningen og børnedødelighed. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en kortere restlevetid og en højere dødelighed end blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Ligeledes gælder det, at antallet af dødfødsler, antallet af neonatale dødsfald og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år er højere blandt børn af mødre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau end blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Derudover har vi beskrevet selvvurderet helbred og funktionsevne blandt ældre. Resultaterne viser, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en lavere andel, der har et godt selvvurderet helbred og en større andel, der har begrænset mobilitet og begrænsede kommunikationsfærdigheder, end blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses en stigning i den sociale ulighed i dødelighed i perioden 1988-2017 både blandt kvinder og blandt mænd i aldersgrupperne 24-44 år og 45-64 år. Ligeledes ses en stigning i den sociale ulighed i restlevetid blandt 30-årige i perioden 1990-2016. Dødeligheden blandt kvinder i alderen 25-44 år med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau mindskes ikke, i modsætning til de andre køns- og aldersgrupper. For de tre børnedødelighedsmål, selvvurderet helbred og funktionsevne blandt ældre ses ingen ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

Referencer

1. Bronnum-Hansen H. Socially disparate trends in lifespan variation: a trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open*. 2017;7(5):e014489.
2. Sieber S, Cheval B, Orsholits D, Van der Linden BW, Guessous I, Gabriel R, et al. Welfare regimes modify the association of disadvantaged adult-life socioeconomic circumstances with self-rated health in old age. *Int J Epidemiol*. 2019;48(4):1352-66.
3. Dieker AC, W IJ, Proper KI, Burdorf A, Ket JC, van der Beek AJ, et al. The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health a systematic review. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(2):114-25.
4. Danmarks Statistik. Middellevetid: Danmarks Statistisk; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid/middellevetid>].
5. Danmarks Statistik. HISB7: Middellevetid for 0-årige efter køn Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1745>].
6. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2004.
7. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
8. World Health Organization. Child - Mortality/causes of death: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/data/maternal-new-born-child-adolescent/child-data/child---mortality-causes-of-death>].
9. Tavares Da Silva F, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhange S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2016;34(49):6057-68.
10. Danmarks Statistik. Befolkningens udvikling 2018 København: Danmarks Statistik; 2019.
11. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization; 2006.
12. Mortensen LH. Spædbarnsdødeligheden i Danmark er lav, men langt fra Europas laveste København: Danmarks Statistik; 2017 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2017/2017-06-27-spaedbarnsdoedeligheden-i-danmark>].
13. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(4):227-32.
14. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*. 2004;59(6):1297-306.
15. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267-75.
16. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(1):107-16.

17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21-37.
18. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS One.* 2014;9(1):e84933.
19. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik: Middellevetiden er ikke steget det seneste år: Danmarks Statistik; 2019 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28481>].
20. Danmarks Statistik. Statistikbanken 2019 [Available from: <https://www.statistikbanken.dk>].
21. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.
22. Ferrucci L, Cooper R, Shardell M, Simonsick EM, Schrack JA, Kuh D. Age-related change in mobility: Perspectives from life course epidemiology and geroscience. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016;71(9):1184-94.
23. Manini TM. Mobility decline in old age: a time to intervene. *Exerc Sport Sci Rev.* 2013;41(1):2.
24. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. *Annu Rev Psychol.* 2012;63:201-26.
25. Park HL, O'Connell JE, Thomson RG. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(12):1121-34.
26. Johannesen C, Davidsen M, Christensen A. Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2019.
27. Sundheds- og Ældreministeriet med bidrag fra Sundhedsdatastyrelsen. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.

3

Tidlige vilkår for sundhed og sygdom



Social ulighed i sundhed kan kun forstås, hvis man ser det i et livsforløbsperspektiv, hvor de livsvilkår, som samfundet og familierne kan skabe for sine børn, påvirker børnenes opvækst, senere uddannelse, erhverv og helbred. I dette kapitel beskrives en række vigtige indikatorer på de tidlige vilkår for den sociale ulighed i sundhed, herunder miljø i forsterlivet, forholdene omkring fødsel, de første leveår samt indikatorer, som påvirker børn og unges skolegang.

I et 30 års perspektiv har mange flere børn i dag forældre med et højt uddannelsesniveau. Men de børn, som har en forælder med et lavt uddannelsesniveau, er nu oftere socialt udsatte. For eksempel bor de oftere i et ressourcefattigt område, er fattige, har en arbejdsløs forælder, en straffet far eller en mor i psykiatrisk behandling¹. Forældres lavere uddannelsesniveau er på den måde blevet stærkere knyttet til en øget sårbarhed for barnet.

Den stærke kobling mellem forældres uddannelse og indkomst, som er beskrevet i kapitel 1, er en væsentlig baggrund for belysning af uligheden i børnenes trivsel, ernæring og psykiske symptomer. Hvad barnet udsættes for tidligt i livet, såsom dårlig ernæring, stress og kemikalier under graviditet og tidlig opvækst, påvirker en lang række organers (inkl. hjernens) udvikling, senere funktion og regulering. Det sker delvis via epigenetiske mekanismer, hvor genernes funktion ændres på en måde, som kan videreføres til næste generation².

To meget anvendte indikatorer for fostrets udvikling og eventuel eksponering under graviditeten er tidlig fødsel og lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder (graviditetens længde). Lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder (small for gestational age (SGA)) er forbundet med øget risiko for blandt andet hjertekarsygdom, lungesygdom samt metaboliske sygdomme i voksenlivet som for eksempel type 2-diabetes og forhøjet blodtryk³⁻⁶. Tidlig fødsel øger, uanset fødselsvægt, risikoen for senere neurologiske symptomer og indlæringsvanskeligheder. Dermed reducerer det også chancen at få en videregående uddannelse⁷.

Andre vigtige indikatorer for tidlige vilkår for sundhed er barnets ernæring, herunder om barnet ammes fuldt ud. Fuldamning har en positiv effekt på immunsystemets modning og mindsker formentlig risiko for allergiske sygdomme og overvægt. Overvægt blandt børn kan lede til sociale vanskeligheder, som påvirker børnenes helbred, skolegang og sociale relationer.

3.1 Fødsler

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af fødsler, hvor barnet er født før uge 37, eller hvor barnet er født lille i forhold til gestationsalder.

Børn født før udgangen af 37. svangerskabsuge betegnes som tidlig fødte. De inddeles i: moderat tidlig fødte børn med en gestationsalder på 32-36 uger, meget tidlig fødte børn med gestationsalder på 28-31 uger og ekstremt tidlig fødte med en gestationsalder på mindre end 28 uger⁸. Andelen af børn, der er født før fulde 37. uge, har i perioden 2008-2018 udgjort 6-7 % af alle nyfødte børn i Danmark⁹. Et barn kan ved fødslen være lille i forhold til gestationsalderen, hvilket defineres som en fødselsvægt ≤ 10 percentilen for gestationalderen. (Small for Gestational Age, SGA).

Indikatorerne født før uge 37 og født lille i forhold til gestationsalder er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Medicinske Fødselsregister. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

3.1.1 Fødsel før uge 37

TABEL 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	4,9		59.114	4,7		51.804	4,8		57.812	
Grundskole	6,8	1,65*	8.633	6,3	1,50*	6.726	5,9	1,34*	6.005	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,2	1,25*	19.729	5,0	1,18*	16.132	5,3	1,21*	16.604	
Videregående uddannelse	4,1	1	28.178	4,1	1	25.425	4,5	1	29.060	
Uoplyst	4,2	1,00	2.574	4,3	1,04	3.521	4,2	0,94	6.143	
<i>SII**</i>	-3,0			-2,3			-1,9			< 0,03

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn, der fødes før uge 37, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem moderens højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.1.1 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes før uge 37, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

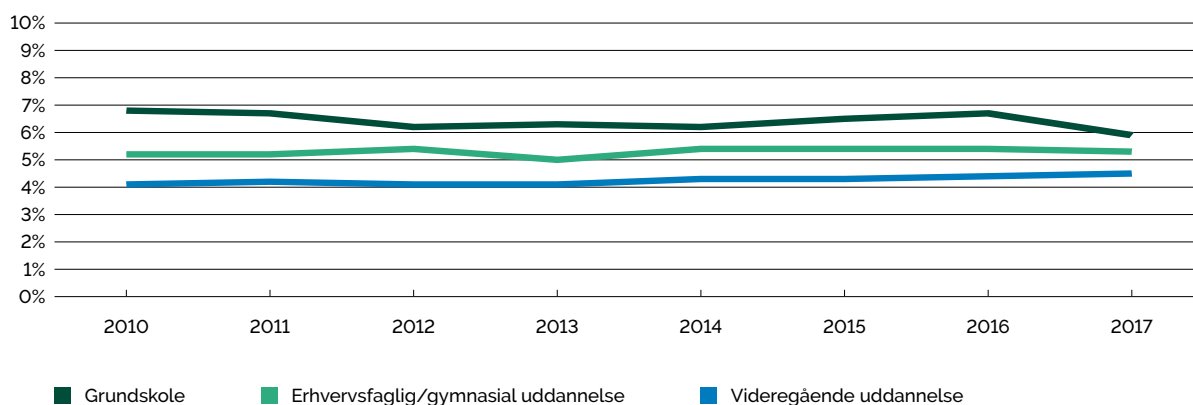
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 6 %, der er født før uge 37. Det gælder 5 % og 4,5 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der er født før uge 37, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der er født tidligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 1,9 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed, således at uligheden i andelen, der er født før uge 37, falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.1.1 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes før uge 37, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, således at andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

3.1.2 Børn, der er født små i forhold til gestationsalder

TABEL 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	10,8		59.114	10,8		51.804	10,4		57.812	
Grundskole	14,9	1,64*	8.633	14,1	1,45*	6.726	13,0	1,38*	6.005	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,7	1,16*	19.729	10,8	1,11*	16.132	9,7	1,01	16.604	
Videregående uddannelse	9,2	1	28.178	9,6	1	25.425	9,5	1	29.060	
Uoplyst	14,1	1,58*	2.574	12,8	1,35*	3.521	14,0	1,54*	6.143	
SII**	-5,6			-4,1			-2,7			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem moderens højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.1.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

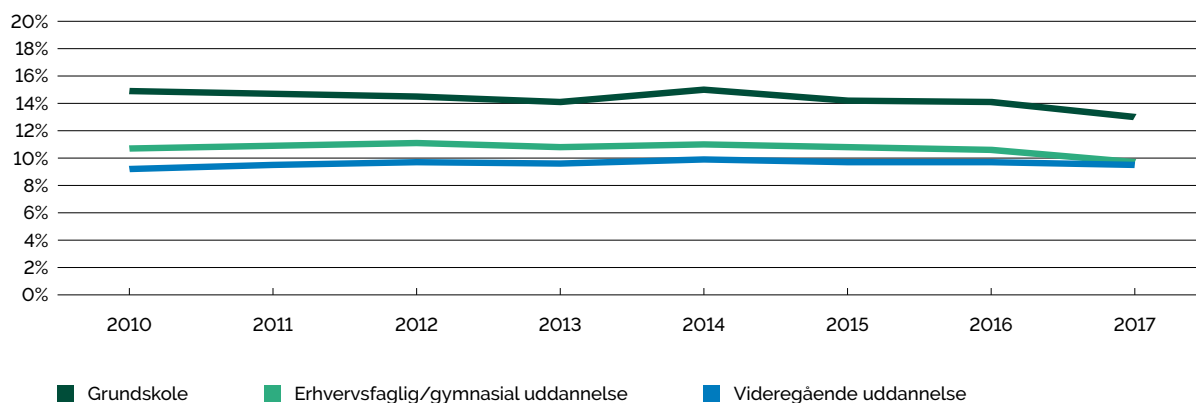
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 13 %, der fødes små i forhold til gestationsalder. Det gælder omkring 10 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fødes små, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes små, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 2,7 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed, således at uligheden i andelen, der fødes små i forhold til gestationsalder falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.1.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, således at andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2010-2017 mindskes den sociale ulighed.

3.2 Fuldamning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder.

Amning har en lang række gavnlige helbreds- og trivselseffekter for barnet. Ud over at give næring til barnet har amning også positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet – også på lang sigt. Tidligere forskning viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen, giver en bedre udvikling af barnets intelligens og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt samt type 1- og 2-diabetes¹⁰⁻¹². Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere¹³. Nogle børn har dog brug for anden mad end mælk, før de bliver seks måneder, dog ikke tidligere end fire måneder¹⁴. På den baggrund er det valgt at benytte fuldamning i mindst fire måneder.

Indikatoren fuldamning i mindst fire måneder er i denne rapport defineret på basis af information fra Den Nationale Børnedatabase. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.2

Andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst 4 måneder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2012, 2014 og 2017.

	2012			2014			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	56,2		30.331	57,5		39.020	60,0		29.837	
Grundskole	37,1	0,36*	3.898	38,1	0,35*	4.488	39,9	0,33*	2.988	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	48,9	0,53*	9.972	47,7	0,47*	11.536	52,6	0,53*	8.627	
Videregående uddannelse	66,0	1	14.848	67,3	1	20.052	68,3	1	15.090	
Uoplyst	57,2	0,73*	1.613	58,4	0,71*	2.944	59,9	0,71*	3.132	
<i>SII**</i>	<i>33,8</i>			<i>38,1</i>			<i>35,4</i>			<i>0,39</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er 4 måneder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder og moderens igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2012, 2014 og 2017.

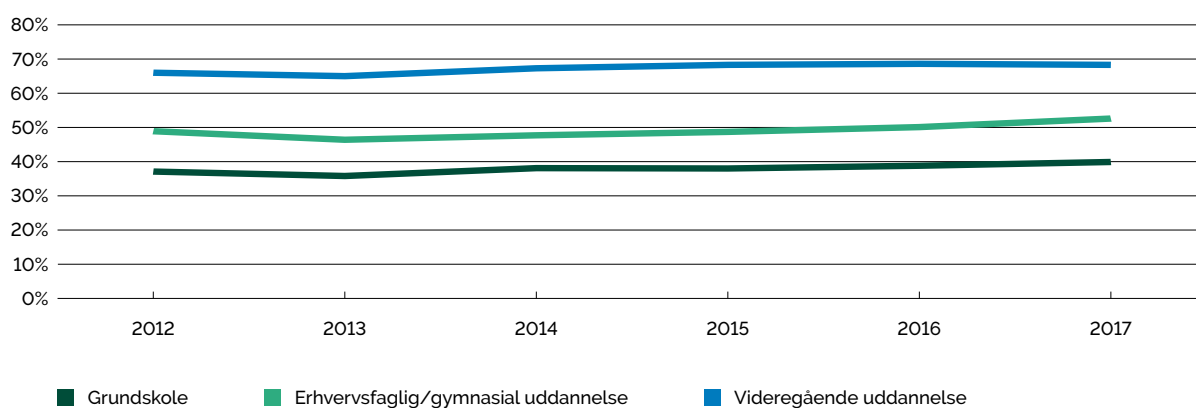
I 2017 er der blandt børn af mødre med grundskole 40 %, der fuldammes til de er mindst fire måneder. Det gælder 53 % og 68 % blandt børn af mødre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder, er sammenhængen mellem moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 35 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.2

Andelen af børn, der fuldammes til de er 4 måneder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2012-2017.



Figur 3.2 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der fuldammes til de er fire måneder og moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2012-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder således, at andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder er højere med moderens højere igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2017.

3.3 Børnevaccinationsprogrammet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet.

Det danske børnevaccinationsprogram er indført med det formål at bekæmpe udbredte og alvorlige børne- og folkesygdomme, som for eksempel difteri, polio, kighoste, og mæslinger¹⁵. For at opnå den bedst mulige beskyttelse, også blandt børn, der ikke vaccineres, bør en vis andel af en fødselsårgang vaccineres. Dette kaldes "flokimmunitet". Andelen, der bør vaccineres for at opnå flokimmunitet, afhænger af, hvilken smitsom sygdom, der er tale om. For eksempelvis mæslinger, som er en af de mest smitsomme sygdomme, vi kender, skal vaccinationsdækningen være på 95 %¹⁵. Børnevaccinationsprogrammet er sammensat og udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger¹⁶, og vaccinationerne bliver tilbudt gratis og gives hos den praktiserende læge.

Børnevaccinationsprogrammet består af tre gange vaccination mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og Hib-infektion (DiTeKiPolHib, anbefalet ved 3, 5 og 12 måneder), tre gange vaccination mod pneumokokker (PCV, anbefalet ved 3, 5 og 12 måneder), to vaccinationer mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR, anbefalet ved 15 måneder og 4 år), en vaccination mod difteri, stivkrampe, kighoste og polio (DiTeKigPol Revaccination (anbefalet ved 5 år)) og to vaccinationer mod human papillomavirus (HPV). HPV-vaccination er omfattet af børnevaccinationsprogrammet, men behandles som en selvstændig indikator, og er derfor ikke inkluderet her.

Indikatoren gennemført børnevaccinationsprogram er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Danske Vaccinationsregister. Indikatoren er defineret som gennemført børnevaccinationsprogram, når alle vaccinedoser (undtagen HPV-vaccinationen) er modtaget i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (herunder med den anbefalede alder for vaccination og de anbefalede perioder mellem vaccinationerne). Dette afviger for Statens Seruminstits måde at opgøre gennemførsel på, hvorfor tallene i denne rapport også afviger fra tallene rapporteret hos Statens Seruminstitut. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 4.

TABEL 3.3

Andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2011, 2014 og 2017.

	2011			2014			2017			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	43,1		128.063	61,3		127.969	68,9		73.467	
Grundskole	32,0	0,53*	12.504	48,2	0,51*	12.015	54,4	0,44*	6.010	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	41,4	0,79*	55.852	60,7	0,85*	51.196	66,5	0,74*	25.558	
Videregående uddannelse	47,1	1	59.318	64,5	1	64.221	72,9	1	40.898	
Uoplyst	29,6	0,47*	389	38,7	0,35*	537	52,2	0,41*	1.001	
<i>SII**</i>	<i>16,7</i>			<i>14,9</i>			<i>19,2</i>			<i>0,35</i>

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.3 viser sammenhængen mellem andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2011, 2014 og 2017.

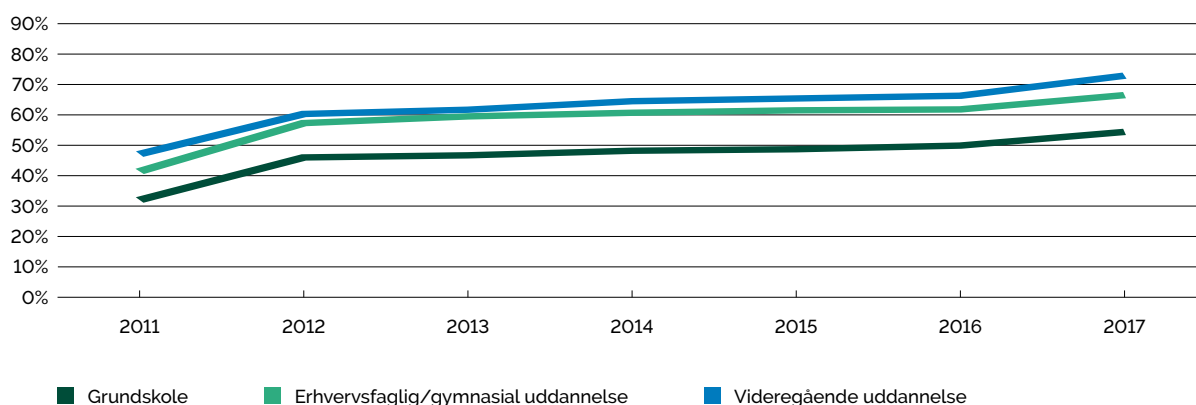
I 2017 er der blandt børn af forældre med grundskole 54 %, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet. Det gælder 67 % og 73 % blandt børn af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Disse tal er lavere end opgjort af Statens Seruminstitut¹⁷. Statens Seruminstitut opgør resultater pr. vaccination, mens nærværende rapport er baseret på gennemførelse af det samlede børnevaccinationsprogram på basis af Sundhedsstyrelsens anbefalinger herom.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 19 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.3

Andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2011-2017.



Figur 3.3 viser sammenhængen mellem andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau perioden 2011-2017.

Sammenfatning

Der ses moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, således at andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2017.

3.4 HPV-vaccination

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger, der gennemfører vaccination mod HPV (human papillomavirus).

Vaccination mod HPV blev en del af det danske børnevaccinationsprogram til piger i 2009¹⁵, og har blandt andet til formål at beskytte piger og kvinder mod kræft i livmoderhalsen. Den 1. september 2019 blev HPV-vaccination til drenge også en del af børnevaccinationsprogrammet og har til formål at beskytte drenge og mænd mod blandt andet analkræft. Fordi HPV smitter ved seksuel kontakt, bør man blive vaccineret inden seksuel debut for at opnå den bedst mulige beskyttelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler vaccination ved 12 år. Vaccination mod HPV er gratis og gives hos den praktiserende læge. I 2014 skete der et stort fald i tilslutningen til vaccinen mod HPV efter en ellers succesfuld introduktion i 2009. En forklaring på det store fald kan være den negative medieomtale omkring vaccinen¹⁸.

Indikatoren gennemført HPV-vaccination er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Danske Vaccinationsregister og gælder kun HPV-vaccination for piger, fordi det på de udvalgte år ikke var en del af børnevaccinationsprogrammet til drenge. Opgørelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, herunder anbefaling om vaccination som 12-årig og afsluttet indenfor 1 år¹⁹. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 4.

TABEL 3.4

Andelen af piger, der i deres 13. leveår har gennemført HPV-vaccination fordelt på forældrenes igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	67,4		33.431	75,6		32.797	38,9		32.150	
Grundskole	58,7	0,64*	3.212	66,8	0,59*	2.677	34,7	0,80*	2.099	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	67,9	0,95*	15.443	75,8	0,93*	13.965	38,8	0,95	12.141	
Videregående uddannelse	69,0	1	14.604	77,2	1	15.839	39,9	1	17.305	
Uoplyst	50,0	0,45*	172	55,1	0,36*	316	27,6	0,57*	605	
<i>SII**</i>	<i>7,9</i>			<i>7,7</i>			<i>4,1</i>			<i>0,18</i>

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har gennemført HPV-vaccination er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.4 viser sammenhængen mellem andelen af piger, som har gennemført HPV-vaccination fordelt på forældrenes igangværende og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

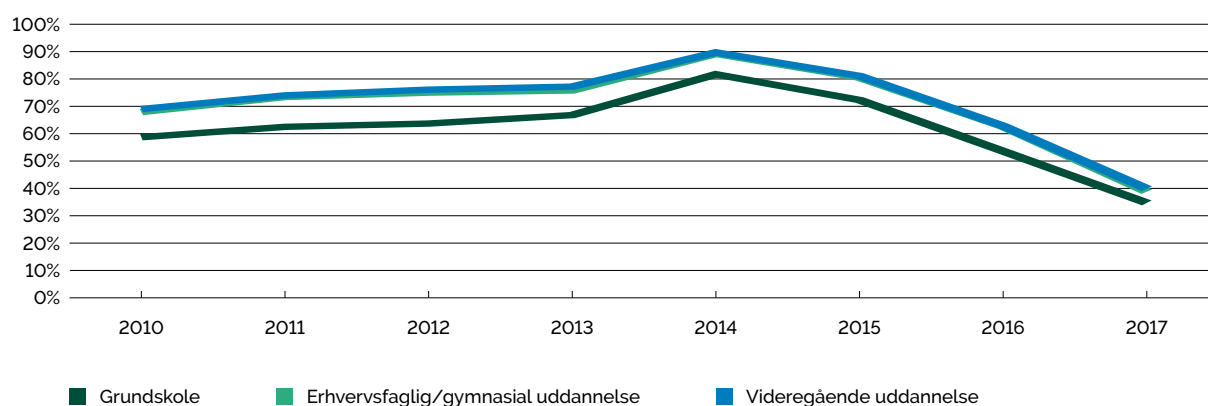
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 35 %, der har gennemført HPV-vaccination. Det gælder 39 % og 40 % blandt piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Disse tal er lavere end opgjort af Statens Seruminstitut²⁰. Det skyldes, at gennemført HPV-vaccination i nærværende rapport er defineret på basis af anbefalingen om, at piger vaccineres som 12-årige og vaccinationerne afsluttes inden for 1 år.

Der er en sammenhæng mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination, beregnet som forskellen mellem piger af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 4 procentenheder i 2017. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed.

FIGUR 3.4

Andelen af piger, som har gennemført vaccination med HPV fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.4 viser sammenhængen mellem andelen af piger som har gennemført HPV-vaccination og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017. Som det fremgår af figuren, dykkede deltagelsen i HPV vaccinationsprogrammet efter 2014, og er endnu ikke nået op på samme høje deltagelse som før 2014.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination således, at andelen af piger, der har gennemført HPV-vaccination er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau hos forældrene. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

3.5 Tandsundhed hos børn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af 15-årige børn, der har god tandsundhed.

Tand- og mundsundhed betragtes i dag som en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets livskvalitet og funktionsevne^{21, 22}. Sygdomme i tænder og mund og de eventuelt medfølgende smerter eller ubehag kan have en negativ sammenhæng med vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse²³, mentalt helbred²⁴ og sociale relationer²². Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe arbejde eller skole²². Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentlige sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling, og god tand- og mund-sundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse²⁵.

Alle børn på 0-17 år tilbydes i Danmark gratis tandpleje, som inkluderer forebyggende og behandlende tandpleje uden egen betaling. Tandplejen varetages kommunalt og er i høj grad skolebaseret og opsøgende. Dette har medvirket til en høj andel af børn og unge, der deltager i det kommunale tandplejetilbud. Udviklingen af caries i tænderne skyldes både biologiske og sociale faktorer samt genetiske forskelle, hvor nogle er mere disponible for caries end andre.

Indikatoren god tandsundhed er i denne rapport defineret ved ingen caries på basis af informationer fra Det Centrale Odontologiske Register. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.5

Andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	49,9		55.044	55,8		52.171	65,2		46.362	
PIGER	48,6		26.794	53,9		25.384	63,7		22.510	
Grundskole	33,7	0,40*	2.503	34,7	0,33*	2.067	42,6	0,30*	1.405	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	45,5	0,66*	12.219	50,1	0,62*	10.909	58,8	0,57*	8.537	
Videregående uddannelse	55,8	1	11.461	61,9	1	11.670	71,3	1	11.660	
Uoplyst	34,2	0,41*	611	38,3	0,38*	738	43,8	0,31*	908	
SII**	26,2			30,8			31,5			0,02
DRENGE	51,2		28.250	57,5		26.787	66,6		23.852	
Grundskole	33,1	0,35*	2.550	39,7	0,36*	2.047	48,1	0,33*	1.515	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	48,5	0,67*	12.887	53,7	0,63*	11.495	61,9	0,57*	8.947	
Videregående uddannelse	58,6	1	12.106	64,6	1	12.551	73,9	1	12.427	
Uoplyst	39,9	0,47*	707	43,2	0,42*	694	45,1	0,29*	963	
SII**	27,9			27,9			29,4			0,40

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.5 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed i 2010, 2013 og 2017.

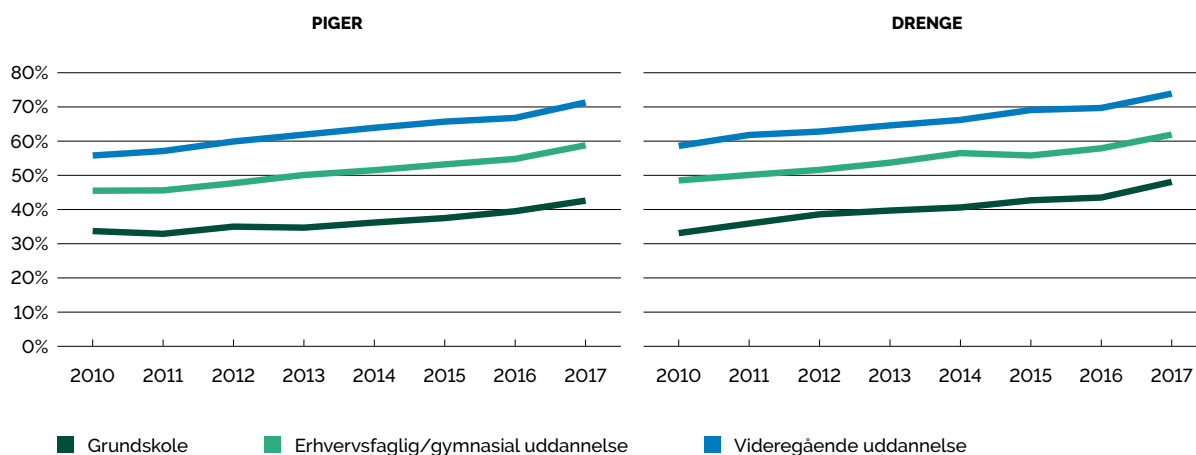
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 43 %, der har god tandsundhed. Det gælder henholdsvis 59 % og 71 % blandt piger af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt drenge af forældre med grundskole 48 %, der har god tandsundhed. Blandt drenge af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse er der en højere andel med god tandsundhed, på henholdsvis 62 % og 74 %.

Sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, er statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der har god tandsundhed, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har god tandsundhed, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 32 procentenheder blandt piger og 19 procentenheder blandt drenge i 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed for piger i perioden 2010-2017.

FIGUR 3.5

Andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.5 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har god tandsundhed blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2017. Blandt piger ses der en stigning i den sociale ulighed i perioden, mens der blandt drenge ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed.

3.6 Overvægt blandt børn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der er overvægtige blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Ved skolestart er andelen af overvægtige og svært overvægtige elever 13,1 %, og når eleverne forlader grundskolen, udgør denne andel 18,6 %. Andelen af svært overvægtige udgør henholdsvis 2,9 % og 3,7 %²⁶. Overvægt og svær overvægt kan være indgribende i børn og unges liv særligt grundet negative psykosociale konsekvenser. Sammenlignet med normalvægtige børn og unge har overvægtige børn og unge forøget risiko for blandt andet mobning, social isolation, depression og stigmatisering²⁷. Helbredskonsekvenser i form af for eksempel forhøjet blodtryk og type 2-diabetes kan allerede optræde i barn- og ungdommen²⁸, og der er stor sandsynlighed for, at barnet fastholder overvægten ind i ungdomslivet og videre ind i voksenlivet²⁹, hvor den kan have betydelige helbredsproblemer som konsekvens³⁰.

Indikatoren overvægt blandt børn er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2010, 2014, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der er få børn med svær overvægt, og resultater herfor vises derfor ikke i denne rapport.

TABEL 3.6

Andelen af piger og drenge, der er overvægtige fordelt på forældrenes socialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

	2010			2014			2018			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	10,0		3.990	8,9		4.190	10,7		3.271	
PIGER	8,7		2.022	8,5		2.118	10,3		1.601	
Lav	12,0	6,87*	325	12,1	3,22*	321	16,9	2,31	160	
Mellem	8,7	3,70*	772	10,1	1,69	834	12,2	2,08	633	
Høj	6,1	1	694	5,5	1	747	6,1	1	592	
Ukendt	11,7	4,68*	231	7,4	2,77	216	11,6	1,13	216	
SII**	-7,9			-10,2			-14,4			0,11
DRENGE	11,4		1.968	9,3		2.072	11,1		1.670	
Lav	18,5	3,06*	286	16,0	4,41*	263	14,4	2,72	167	
Mellem	11,6	1,61	690	9,8	1,60	693	12,6	1,09	589	
Høj	7,6	1	687	6,8	1	829	8,9	1	610	
Ukendt	12,8	2,66*	305	9,4	3,41*	287	10,9	2,72	304	
SII**	-13,8			-11,2			-8,8			< 0,01

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn, der er overvægtige, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.6 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der er overvægtige og forældrenes socialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

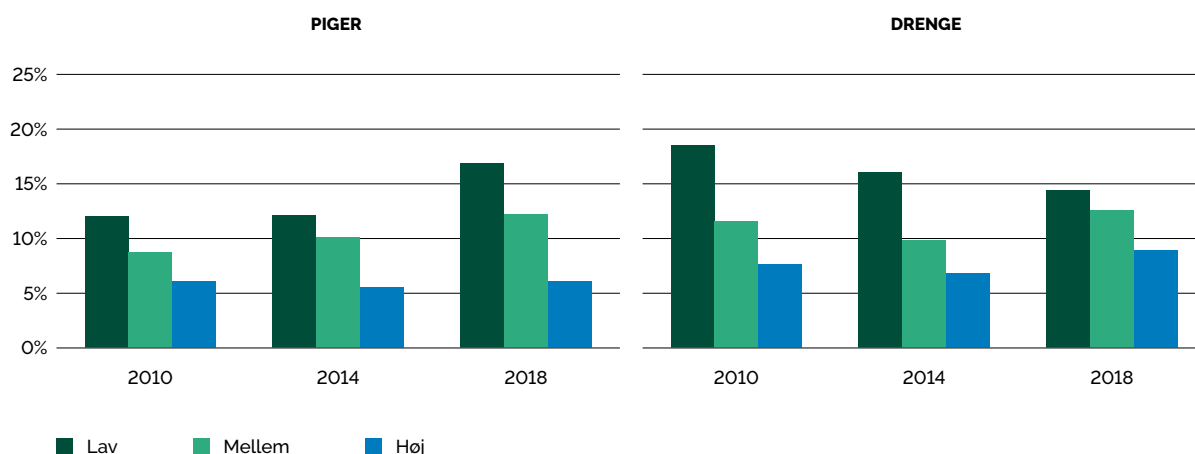
I 2018 er der blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe 17 %, der er overvægtige. Det gælder henholdsvis 12 % og 6 % for piger af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge af forældre med lav familiesocialgruppe 14 %, som er overvægtige. Det gælder henholdsvis 13 % og 9 % for drenge af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe.

Justeret for klassetrin er sammenhængen mellem andelen af børn, der er overvægtige og familiesocialgruppe i årene 2010 og 2014 statistisk signifikant. I 2010 og 2014 ses der en social gradient, hvor andelen af børn, der er overvægtige, er lavere med højere familiesocialgruppe. I 2018 ses der ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem andelen af børn, der er overvægtige og familiesocialgruppe. I 2018 er usikkerheden på OR stor for både piger og drenge, derfor ses der ikke en statistisk signifikant sammenhæng i 2018.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er overvægtige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 14 procentenheder blandt piger og 9 procentenheder blandt drenge i 2018. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2018 blandt piger. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2018 blandt drenge.

FIGUR 3.6

Andelen af piger og drenge, der er overvægtige, fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.



Figur 3.6 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der er overvægtige og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er overvægtige blandt piger og blandt drenge i perioden 2010-2018. Blandt piger ses der ikke en ændring i den sociale ulighed. Blandt drengene ses der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden.

3.7 Ensomhed hos skolebørn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der føler sig ensomme blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Ensomhed kan defineres som en subjektiv, uønsket følelse, der opstår, når éns sociale relationer ikke lever op til éns sociale behov³¹. Ensomhed er ikke det samme som at være alene eller socialt isoleret, og mange børn vil derfor lige så hyppigt møde ensomheden i samværet med andre, som når de er alene³².

Langt de fleste børn vil føle sig ensomme på et tidspunkt i livet – for eksempel i forbindelse med et skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig uden for i klassen³³. For de fleste børn vil følelsen være forbigående, men hos et betydeligt mindretal af børn kan følelsen blive vedvarende og have alvorlige konsekvenser for deres trivsel, sundhed og adfærd på kort og længere sigt³⁴. Et voksende antal studier peger for eksempel på, at vedvarende ensomhed igennem barndom og ungdom kan øge risikoen for lavt selvværd, nedsat søvnkvalitet, selvskadende adfærd, selvmordstanker, depression, angst, skolefrafald, skolefravær og lavere karakterer³⁵⁻³⁷.

Indikatoren ensomhed er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der kan i denne rapport kun vises tal for 2014. Det skyldes, dels at spørgsmålet omkring ensomhed først blev tilføjet i 2014, dels at der i 2018 var få børn med ensomhed, og derfor kan resultaterne ikke publiceres grundet persondataskyttelse.

TABEL 3.7

Andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, fordelt på familiesocialgruppe i 2014.

	2014		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	7,2		4.506
PIGER	8,8		2.306
Lav	11,4	1,32	359
Mellem	7,7	0,82	897
Høj	9,3	1	799
Ukendt	8,0	0,95	251
<i>SII**</i>	-1,6		
DRENGE	5,5		2.200
Lav	4,2	0,82	285
Mellem	6,1	1,22	738
Høj	5,1	1	863
Ukendt	6,1	1,25	314
<i>SII**</i>	-0,1		

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.7 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme og familiesocialgruppe i 2014.

I 2014 er andelen af piger, der oplever ensomhed 11 % blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe. Blandt piger af familie med mellem og lav familiesocialgruppe er der henholdsvis 8 % og 9 %, som oplever ensomhed. I 2014 er andelen af drenge, der oplever ensomhed 4 % blandt drenge med lav familiesocialgruppe. For drenge af forældre med mellem og høj familiesocialgruppe er der henholdsvis 6 % og 5 %, der oplever ensomhed.

Justeret for barnets klassetrin, er der ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed og familiesocialgruppe.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i andelen af piger og drenge, der oplever ensomhed.

3.8 Livstilfredshed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der har lav livstilfredshed blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Almen livstilfredshed er et mål for, hvordan en person vurderer sit liv som helhed, og det antages, at være stabilt over længere tid hos personen i modsætning til følelser, som er afhængige af umiddelbare oplevelser³⁸. Indikatorer for subjektivt velbefindende, såsom livstilfredshed, anbefales som vigtige mål for et samfunds fremskridt på linje med mål for fysisk helbred og økonomi³⁹. Hos børn og unge, som gennemgår store biologiske, psykologiske og sociale forandringer, giver måling af livstilfredshed vigtig information om andre forhold end direkte helbredsmål som symptomer og kroniske sygdomme^{40, 41}. Lav livstilfredshed har sammenhæng med problematiske relationer i familien, forhold i skolen og mobning, ligesom det har sammenhæng med emotionelle problemer (f.eks. ensomhed) og risikoadfærd (f.eks. brug af rusmidler). Hos skolebørn er det velkendt, at vurderingen af ens eget liv er lavere blandt piger end blandt drenge. Livstilfredsheden falder betydeligt gennem teenageårene og faldet er større hos pigerne end hos drengene⁴¹.

Indikatoren lav livstilfredshed er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2010, 2014, 2018)⁴². Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.8

Andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

	2010			2014			2018			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	14,3		4.857	11,4		4.522	11,3		3.641	
PIGER	17,2		2.434	15,4		2.310	15,4		1.821	
Lav	20,0	1,60*	416	19,8	1,69*	358	20,1	1,78*	189	
Mellem	17,1	1,33*	903	14,6	1,13	897	16,5	1,44*	709	
Høj	13,3	1	789	13,3	1	799	12,3	1	652	
Ukendt	23,3	2,04*	326	18,4	1,61*	256	16,6	1,51*	271	
<i>SII**</i>	-8,8			-8,2			-10,2			0,53
DRENGE	11,3		2.423	7,2		2.212	7,1		1.820	
Lav	14,0	2,44*	372	6,0	0,80	285	9,2	1,81	185	
Mellem	13,3	2,32*	839	7,2	0,99	736	7,5	1,45	638	
Høj	6,2	1	802	7,3	1	864	5,3	1	639	
Ukendt	14,9	2,62*	410	8,0	1,10	327	8,7	1,71*	358	
<i>SII**</i>	-12,6			1,4			-5,1			0,64

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn med lav livstilfredshed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.8 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

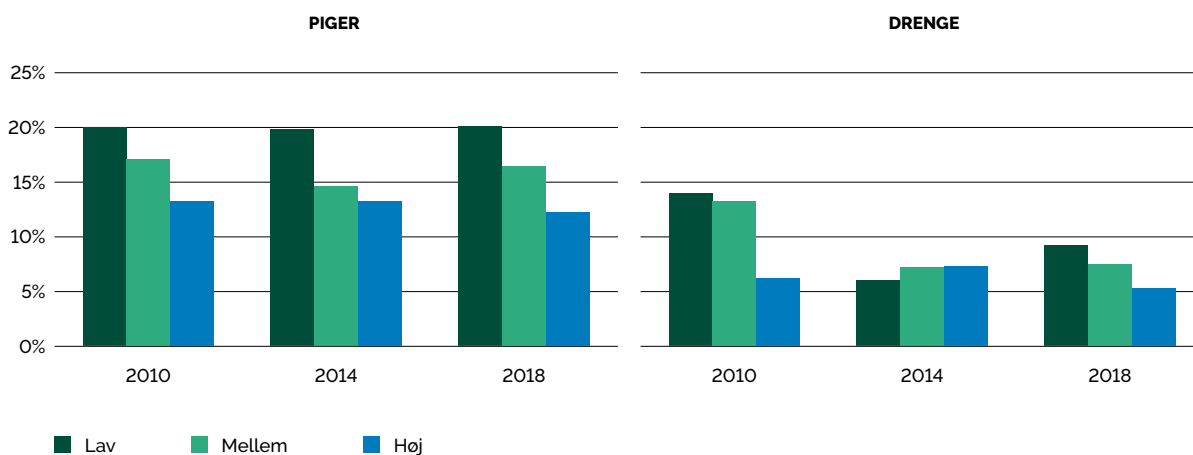
I 2018 er der blandt piger af familier med lav familiesocialgruppe 20 %, der oplever lav livstilfredshed. Det er henholdsvis 17 % og 12 % for mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge med lav familiesocialgruppe 9 %, der oplever lav livstilfredshed. Blandt drenge med mellem og høj familiesocialgruppe er det henholdsvis 8 % og 5 %.

Justeret for barnets klasstrin er sammenhængen mellem familiesocialgruppe og andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, statistisk signifikant. Blandt pigerne ses der en social gradient, hvor andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med højere familiesocialgruppe. I 2010 ses der blandt drenge en social gradient, hvor andelen af drenge, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med højere familiesocialgruppe. Blandt drengene ses der ingen sammenhæng mellem familiesocialgruppe og andelen, der oplever lav livstilfredshed i årene 2014 og 2018.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav livstilfredshed, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 10 procentenheder blandt piger og 5 procentenheder blandt drenge i 2018. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2018.

FIGUR 3.8

Andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed fordelt på familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.



Figur 3.8 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav livstilfredshed og familiesocialgruppe i 2010, 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed blandt piger i perioden 2010-2018, mens der blandt drenge ses en høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed i 2010, men ikke i 2014 og 2018. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

3.9 Self-efficacy

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres familiesocialgruppe og andelen af børn, der har lav self-efficacy blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Self-efficacy er et begreb, som stammer fra den sociale kognitive teori udviklet af Bandura (1995)⁴³. Begrebet refererer til en persons vurdering af egne evner til at klare en situation, nå et mål de har sat sig eller løse en opgave, hvilket er væsentligt, særligt for funktionsdimensionen af mental sundhed^{43, 44}. Der findes ikke noget præcist dansk ord for begrebet, men self-efficacy kan oversættes til 'mestringsevne' eller 'tro på egen formåen'⁴⁵.

Børn og unge med lav selv-efficacy er i større risiko for at udvikle symptomer på stress, angst og depression end børn, der har høj self-efficacy^{46, 47}. Self-efficacy er derfor en vigtig indikator for mental sundhed blandt børn og unge.

Indikatoren self-efficacy er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018)⁴². Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.9

Andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy fordelt på familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

	2014			2018		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
ALLE	12,3		4.017	10,3		3.020
PIGER	15,1		2.082	11,6		1.546
Lav	25,1	3,02*	319	16,0	2,13*	163
Mellem	15,4	1,66*	827	13,0	1,70*	622
Høj	9,9	1	751	8,2	1	564
Ukendt	17,8	1,90*	185	13,7	1,85*	197
<i>SII**</i>	<i>-18,6</i>			<i>-10,9</i>		
DRENGE	9,3		1.935	8,8		1.474
Lav	10,9	1,97*	256	15,8	3,29*	146
Mellem	10,7	1,95*	664	9,8	1,94*	549
Høj	5,8	1	799	5,3	1	544
Ukendt	15,7	2,88*	216	10,2	1,95*	235
<i>SII**</i>	<i>-8,8</i>			<i>-12,4</i>		

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn med lav self-efficacy, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest familiesocialgruppe justeret for klassetrin. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.9 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy og familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

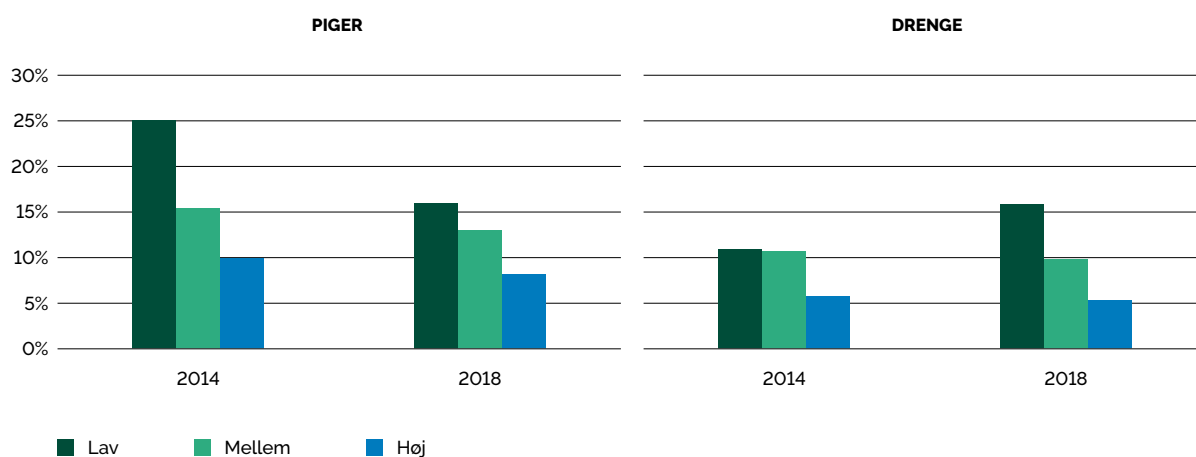
I 2018 er der blandt piger af familier med lav familiesocialgruppe 16 %, der oplever lav self-efficacy. Det er henholdsvis 13 % og 8 % for mellem og høj familiesocialgruppe. I 2018 er der blandt drenge af familier med lav familiesocialgruppe 16 %, der oplever lav self-efficacy. Blandt drenge med mellem og høj familiesocialgruppe er det henholdsvis 10 % og 5 %.

Justeret for barnets klassetrin er sammenhængen mellem andelen af børn, der oplever lav self-efficacy og familiesocialgruppe, statistisk signifikant, i både 2014 og 2018. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger og drenge, der oplever lav self-efficacy er lavere med højere familiesocialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav self-efficacy, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest familiesocialgruppe (SII) er 11 procentenheder blandt piger og 12 procentenheder blandt drenge i 2018. Der kan ikke siges noget om udviklingen i den sociale ulighed, da vi kun har data for to år.

FIGUR 3.9

Andelen af piger og drenge, med lav self-efficacy fordelt på familiesocialgruppe i 2014 og 2018.



Figur 3.9 viser sammenhængen mellem andelen af børn, med lav self-efficacy og familiesocialgruppe i 2014 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav self-efficacy blandt piger og drenge i årene 2014 og 2018.

3.10 Børnefattigdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen.

En barndom præget af opvækst i fattigdom kan medføre en række negative konsekvenser i det senere voksenliv. Forskning baseret på danske registerdata har vist, at en opvækst i fattigdom blandt andet kan medføre en øget risiko for dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, lavere løn, kortere uddannelse, reduceret sandsynlighed for at blive gift eller være samboende og reduceret sandsynlighed for at have fået børn ved 30-års-alderen. Børnefattigdom har ligeledes umiddelbare konsekvenser i form af øget risiko for mentale sundhedsproblemer i barndommen^{48, 49} og for både mentale og fysiske helbredsproblemer i det senere voksenliv⁵⁰.

Indikatoren børnefattigdom er i denne rapport defineret på basis af information fra Familieindkomstregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.10

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2000 og 2016.

	2000			2016			Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N		
ALLE	4,1		1.037.039	6,2		1.008.646	2,1	
Grundskole	8,6	3,69*	120.124	20,2	11,57*	57.383	11,6	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,7	1,50*	480.398	5,7	2,75*	325.679	2	
Videregående uddannelse	2,5	1	412.122	2,1	1	569.209	-0,4	
Uoplyst	18,9	9,09*	24.395	36,1	25,89*	56.375	17,2	
<i>SII**</i>	-5,9			-13,4				< 0,01

§ OR er justeret for køn

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2000 til 2016.

Tabel 3.10 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2000 og 2016.

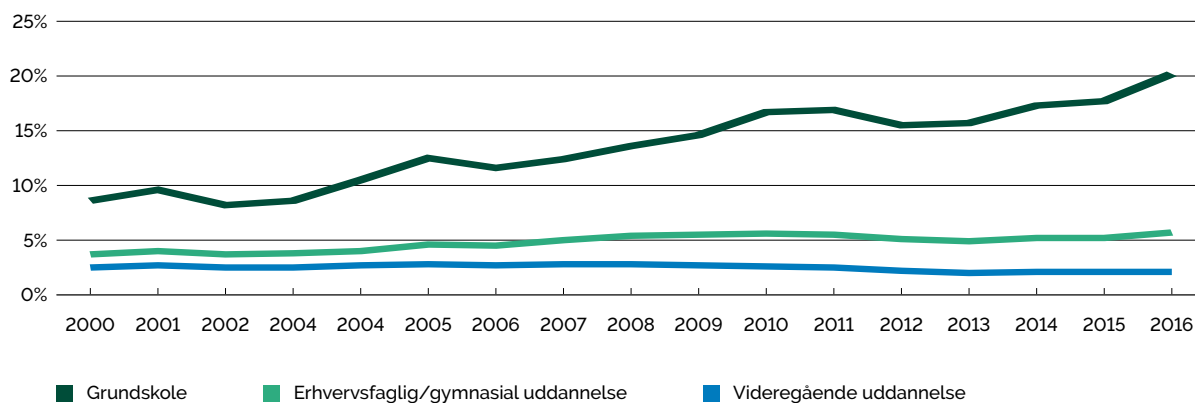
I 2016 er der blandt børn af forældre med grundskole 20 %, som lever under fattigdomsgrænsen. Det gælder omkring 6 % og 2 % blandt børn af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 13 procentenheder. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2000-2016.

FIGUR 3.10

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.



Figur 3.10 viser sammenhængen mellem andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, således at andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau. For perioden 2000-2016 ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

3.11 Ungdomsuddannelse

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 25 år, der har gennemført en ungdomsuddannelse.

Uddannelse har stor betydning for at blive en del af samfundet, idet det modvirker arbejdsløshed og lav indkomst. Samtidig er uddannelse en vigtig faktor for et godt helbred, lavere dødelighed og en høj livskvalitet⁵¹. Uddannelse påvirker ikke kun den enkeltes arbejdsmarkedsmuligheder, men er også vigtigt for samfundsøkonomien. I Danmark findes to hovedgrupper af ungdomsuddannelser – erhvervsuddannelser og gymnasiale uddannelser – som begge giver adgang til videregående uddannelse. En erhvervsuddannelse giver desuden adgang til arbejdsmarkedet som faglært.

Ungdommen er en særlig vigtig periode i livet, som skaber fundamentet for senere helbred og livsomstændigheder⁵², og det er også her, at valget om en ungdomsuddannelse træffes. Selvom mange faktorer spiller ind på valget om en ungdomsuddannelse, ser det ud til, at særligt forældres uddannelse har stor betydning for, hvem der får en ungdomsuddannelse⁵³.

Indikatoren gennemført ungdomsuddannelse er i denne rapport defineret på basis af information fra Uddannelsesregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.11

Andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	67,4		63.324	67,3		69.614	71,4		79.884	
PIGER	70,2		31.260	69,8		34.257	74,0		39.038	
Grundskole	58,3	0,20*	3.804	57,4	0,18*	3.583	62,4	0,18*	3.309	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	76,7	0,47*	11.966	77,0	0,45*	13.114	81,8	0,50*	15.050	
Videregående uddannelse	87,4	1	10.651	88,2	1	11.825	90,1	1	14.257	
Uoplyst	25,4	0,05*	4.839	23,0	0,04*	5.735	25,9	0,04*	6.422	
<i>SII**</i>	34,6			35,4			27,9			< 0,01
DRENGE	64,6		32.064	65,0		35.357	68,8		40.846	
Grundskole	49,6	0,21*	3.884	46,4	0,18*	3.818	51,2	0,17*	3.538	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	69,9	0,50*	12.737	70,2	0,49*	13.996	74,7	0,47*	16.016	
Videregående uddannelse	82,3	1	10.890	82,7	1	12.519	86,2	1	15.059	
Uoplyst	20,3	0,05*	4.553	20,2	0,05*	5.024	21,9	0,05*	6.233	
<i>SII**</i>	39,0			40,9			36,6			0,01

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen der har gennemført en ungdomsuddannelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.11 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse i perioden 2010-2017.

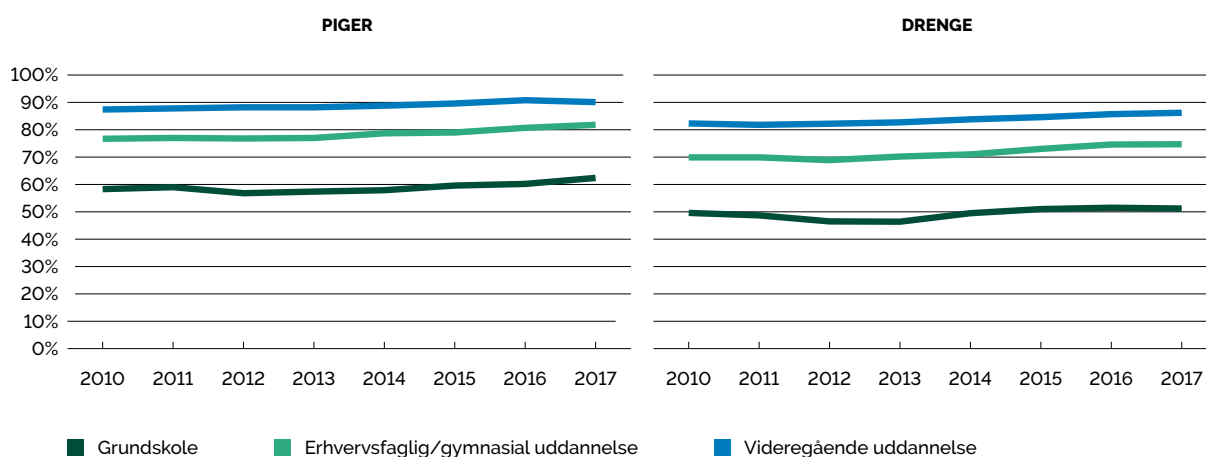
I 2017 er der blandt piger af forældre med grundskole 62 %, som har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder omkring 82 % og 90 % blandt piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt drenge af forældre med grundskole 51 %, som har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder omkring 75 % og 86 % blandt drenge af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn er sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen af dem, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau (SII) er 28 procentenheder for piger og 37 procentenheder for drenge i 2017. Der ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for perioden 2010-2017, således at den sociale ulighed er faldet.

FIGUR 3.11

Andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 3.11 viser sammenhængen mellem andelen af piger og drenge, der har gennemført en ungdomsuddannelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, således at andelen, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der er sket en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

3.12 Stofbrug

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af unge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år.

I ungdomsårene eksperimenterer nogle unge med hash, og enkelte forsøger sig også med andre stoffer, såsom amfetamin, kokain og ecstasy. For de fleste er der tale om et ungdomsfænomen, og de færreste fortsætter brugen ind i voksenlivet⁵⁴. Befolkningsundersøgelser viser således, at det eksperimenterende brug af stoffer er mest udbredt i aldersgruppen 16-19 år, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. For nogle unge kan brugen af stoffer have alvorlige akutte konsekvenser, herunder forgiftninger, ulykker og psykotiske symptomer. Et mere regelmæssigt brug af stoffer kan føre til misbrug og afhængighed, ligesom regelmæssigt brug kan føre til varige psykiske og fysiske lidelser⁵⁴. Hash er langt det mest udbredte euforiserende stof blandt unge, og næsten alle, der har prøvet andre stoffer end hash, har også prøvet hash^{54, 55}.

Indikatoren stofbrug er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen SUSY (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Stofbrug blandt piger i 2013 beskrives ikke i rapporten, idet der er så lavt et antal, at resultaterne ikke publiceres grundet persondatabeskyttelse.

TABEL 3.12

Andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	21,5		1.575	26,2		1.552	23,6		1.286	
PIGER	16,7		884	22,3		866	18,2		751	
Grundskole	14,2	0,74	72				27,7	1,73	47	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15,4	0,81	374				16,4	0,88	292	
Videregående uddannelse	18,3	1	438				18,2	1	412	
Uoplyst										
SII**	4,9						4,2			
DRENGE	26,1		691	30,1		686	29,1		535	
Grundskole	24,3	0,80	41	29,3	0,72	42	30,6	1,01	36	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,3	0,76	284	23,9	0,55*	311	27,2	0,85	211	
Videregående uddannelse	28,5	1	366	36,4	1	333	30,4	1	288	
Uoplyst										
SII**	8,9			19,1			4,4			0,76

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i andelen der har taget stoffer inden for det seneste år, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

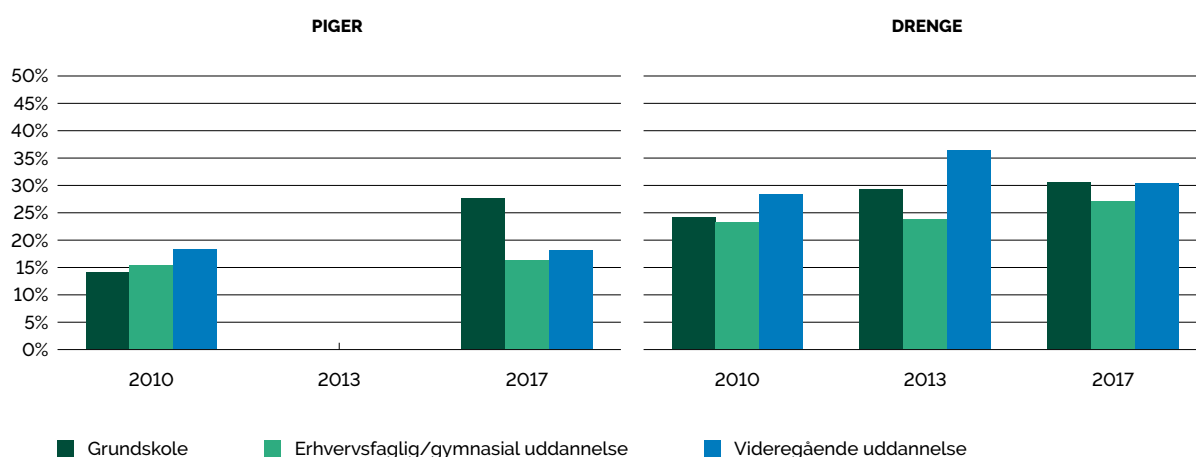
Tabel 3.12 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

I 2017, er der 28 %, der har taget stoffer inden for det seneste år blandt piger af forældre med grundskole. For piger af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 16 % og 18 %. For drenge af forældre med grundskole er der i 2017 31 %, som har taget stoffer inden for det seneste år. For drenge af forældre med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 27 % og 30 %.

Der ses ingen sammenhæng mellem andelen af piger og drenge, der har taget stoffer inden for det seneste år og forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er dermed ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år.

FIGUR 3.12

Andelen af piger og drenge, der har taget stoffer inden for det seneste år fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013, 2017.



Figur 4.6 viser sammenhængen mellem forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af piger og drenge på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i andelen, der har taget stoffer inden for det seneste år i perioden 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed i de tidlige vilkår. Det gælder indikatorer, der knytter sig til både fødsel, de første leveår, skolealderen og ungdomsårene. Derudover har vi beskrevet social ulighed i børnefattigdom, som et mere generelt livsvilkår.

Vi har i kapitlet beskrevet en række indikatorer, som knytter sig til barnets fødsel og de første leveår. Blandt børn af mødre med grundskole, er der en højere andel, der fødes før uge 37, en højere andel, der fødes små i forhold til gestationsalder, samt en lavere andel der ammes fuldt i mindst fire måneder, end blandt børn af mødre med videregående uddannelse. I perioden fra 2010-2017 er den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes før uge 37 og andelen af børn der fødes små i forhold til gestationsalder mindsket, mens der ikke er sket nogen ændring i den sociale ulighed i andelen, der fuldammes i mindst fire måneder i perioden 2012-2017.

Derudover ses det, at der blandt børn af forældre med grundskole er en lavere andel, som gennemfører børnevaccinationsprogrammet, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse. Det gælder i hele perioden fra 2010-2017 og der er i perioden ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed. Ligeledes er der blandt piger af forældre med grundskole en lavere andel, der gennemfører HPV-vaccination, end blandt piger af forældre med videregående uddannelse. Det gælder i hele perioden 2010-2017 og, der er i perioden ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed. Blandt børn af forældre med grundskole eller lav familiesocialgruppe er der en lavere andel med god tandsundhed og en højere andel, der er overvægtige, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse eller høj familiesocialgruppe. Det gælder hele perioden fra 2010-2017/8, med undtagelse af overvægt, hvor der ses social ulighed i 2010 og 2014, men ikke i 2018. Den sociale ulighed i tandsundhed er steget blandt piger i perioden 2010-2017, mens der blandt drenge ikke er sket nogen ændring. Der ses en større andel af børn af forældre med grundskole, der lever under fattigdomsgrænsen sammenlignet med børn af forældre med videregående uddannelse i perioden 2000-2016. Der er i perioden sket en stigning i den sociale ulighed.

Vi har i dette kapitel også beskrevet social ulighed i forhold til mental sundhed blandt skolebørn. Resultaterne viser, at der blandt piger af forældre med lav familiesocialgruppe er en højere andel, der har lav livstilfredshed, end blandt piger af forældre med høj familiesocialgruppe i årene 2010, 2014 og 2018. Denne sammenhæng findes ikke blandt drengene. Både blandt piger og blandt drenge gælder det, at der er en højere andel af børn af forældre med lav familiesocialgruppe, der har lav self-efficacy, end blandt børn af forældre med høj familiesocialgruppe i årene 2014 og 2018. Der ses ingen social ulighed i ensomhed blandt børn.

I forhold til ungdomsårene har vi beskrevet, at der blandt unge af forældre med grundskole er en lavere andel, der gennemfører en ungdomsuddannelse, end blandt unge af forældre med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i andelen, der gennemfører en ungdomsuddannelse, falder i perioden 2010-2017. Der ses ingen social ulighed i andelen, der har brugt stoffer inden for det seneste år i årene 2010, 2013 og 2017.

Referencer

1. Ottoson MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Laustsen M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. København: VIVE; 2018.
2. Simeoni U, Armengaud JB, Siddeek B, Tolsa JF. Perinatal Origins of Adult Disease. *Neonatology*. 2018;113(4):393-9.
3. Huxley RR, Shiell AW, Law CM. The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. *J Hypertens*. 2000;18(7):815-31.
4. Levy-Marchal C, Jaquet D. Long-term metabolic consequences of being born small for gestational age. *Pediatr Diabetes*. 2004;5(3):147-53.
5. Gjerris AC, Pinborg A, Shalmi A-C, Zizzo AR, Ekelund C, Schmigelow C, et al. IUGR - Sandbjerg guideline 2014: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2014 [Available from: <https://www.dsog.dk/obstetrik>].
6. Ovesen P, Frederiksen M, Kanstrup C, Lauenborg J, Kjærbye-Thygesen A, Kirkegaard I, et al. Foetus Magnus Suspicio (DO366). Sandbjerg 2018: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2018 [Available from: <https://www.dsog.dk/obstetrik>].
7. Bharadwaj P, Lundborg P, Rooth D-O. Birth Weight in the Long Run. *Journal of Human Resources*. 2018;53(1):189-231.
8. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-72.
9. eSundhed. Fødte og fødsler 2019 [Available from: <https://www.esundhed.dk/Emner/Gravide-foedsler-og-boern/Foedte-og-foedsler-1997-#tabpanel-17357588148A54E3AAFA0D9F90C1340E7>].
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
11. Al Mamun A, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM, Callaway L, McIntyre HD. Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta Diabetol*. 2015;52(5):837-44.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):30-7.
13. Sundhedsstyrelsen. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
14. Sundhedsstyrelsen, Komiteen for Sundhedsoplysning. Sunde børn - Til forældre med børn i alderen 0-2 år. København: Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning; 2019.
15. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Steatens Serum Institut. Børnevaccinationsprogrammet - årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
16. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-boern/boernevaccinationsprogrammet>].

17. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafer og kort - DiTeKiPolHIB3 (12 mdr), Vaccinationstilslutning 2020 [Available from: <https://statistik.ssi.dk/sygdomsdata#!/?vaccination=3&show=Graph&datatype=Vaccination>].
18. Suppli CH, Hansen ND, Rasmussen M, Valentiner-Branth P, Krause TG, Molbak K. Decline in HPV-vaccination uptake in Denmark - the association between HPV-related media coverage and HPV-vaccination. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1360.
19. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet i Danmark København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
20. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafer og kort - HPV færdigvaccineret, Vaccinationstilslutning.: Statens Serum Institut.; 2020 [Available from: <https://statistik.ssi.dk/sygdomsdata#!/?vaccination=6&sex=0&landsdel=100&xaxis=Cohort&show=Graph&datatype=Vaccination>].
21. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-7.
22. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dent oral epidemiol*. 2003;31 Suppl 1:3-23.
23. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. *J acad nutr diet*. 2013;113(5):693-701.
24. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015;77(1):83-92.
25. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental diseases in 168 countries and corresponding health care costs. *J Dent Res*. 2017;96(8):845-54.
26. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase (BDB) København: Sundhedsdatastyrelsen 2019 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedser-og-boern/boernedatabasen>].
27. Rankin J, Matthews L, Copley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;7:125-46.
28. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33 Suppl 1:S60-5.
29. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17(2):95-107.
30. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2011;35(7):891-8.
31. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695-718.
32. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In: Perlman D, Vangelisti A, editors. *The Cambridge handbook of personal relationships* Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 485-500.
33. Lerstrup Pedersen K, Rich Madsen K. *Ensom men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed*. København: Ventilen Danmark; 2014. 197 sider.

34. Eccles AM, Qualter P, Madsen KR, Holstein BE. Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scand J Public Health*. 2020;1403494819865429.
35. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *J Adolesc*. 2013;36(6):1283-93.
36. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc*. 2013;36(6):1295-304.
37. Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(6):493-501.
38. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*. 1993;5(2):164-72.
39. OECD. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Paris: OECD Publishing; 2013.
40. Cavallo F, Dalmaso P, Ottova-Jordan V, Brooks F, Mazur J, Valimaa R, et al. Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. *Eur J Public Health*. 2015;25 Suppl 2:80-2.
41. Due P, Eriksson C, Torsheim T, Potrebny T, Välimaa R, Suominen S, et al. Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. *Nordisk välfärdsvetenskap | Nordic Welfare Research*. 2019;4(2):54-66.
42. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein S, Holstein B, Damsgaard M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
43. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
44. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
45. Koushede V. For mental sundhed – et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
46. Tahmassian K, Jalali Moghadam N. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;5(2):91-8.
47. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*. 2002;32:337-48.
48. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2017;2(3):e141-e8.
49. Pryor L, Strandberg-Larsen K, Nybo-Anderson A-M, Rod N, Melchior M. Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Social Science & Medicine*. 2018;220:371-78.
50. Wise PH. Child Poverty and the Promise of Human Capacity: Childhood as a Foundation for Healthy Aging. *Acad Pediatr*. 2016;16(3 Suppl):S37-45.

51. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81.
52. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55(5):469-80.
53. Danmarks Statistik. Fakta om uddannelser, studerende og dimittender København: Danmarks Statistik; 2019 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2019/2019-03-11-fakta-om-uddannelser-studerende-og-dimittender>].
54. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 – Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
55. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

4

Sundheds- adfærd og arbejdsmiljø



I dette kapitel beskrives en række indikatorer for sundhedsadfærd og arbejdsmiljø med stor betydning for helbredet. Sundhedsadfærd i denne rapport omhandler rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt og ophobning af risikofaktorer. Hvad angår arbejdsmiljø, omhandler det indflydelse på eget arbejde og fysiske krav.

Sundhedsadfærd relateret til for eksempel tobaksrygning, usund kost, fysisk inaktivitet og brug af alkohol står samlet set for 31,5 % af sygdomsbyrden i Danmark¹. Uligheden i sundhedsadfærd er betydende i Danmark ligesom i andre europæiske lande, men uligheden er, hvad angår rygning, lidt mere udtalt i de nordiske lande.

Daglig rygning har en stor betydning for blandt andet en lang række kræftformer og hjertekarsygdomme, og da der ses en betydende ulighed i rygning, har daglig rygning derfor også en meget stor rolle for uligheden i sygdomsbyrden i det danske samfund.

I forhold til brug af alkohol har der længe været et mønster, hvor alkoholforbruget i Danmark var højere blandt højtuddannede, og det mønster findes stadig blandt kvinder og blandt ældre borgere. Danske børn og unge har europæisk rekord, når det gælder fuldskabsorienteret druk, og de helbredsmæssige konsekvenser af dette er alvorligere for de, som har forældre med et lavt uddannelsesniveau². En sådan ulighed i sårbarhed er også påvist for voksnes alkoholforbrug³. Årsagerne til sårbarheden er ikke klarlagt, men registerstudier har dog vist, at socialhjælp, psykisk lidelse og misbrug eller kriminalitet i hjemmet kan bidrage til den øgede sårbarhed for alkohol blandt dem, som har forældre med et lavt uddannelsesniveau⁴.

Fysisk inaktivitet og usund kost spiller en vigtig rolle for overvægt og svær overvægt. Danmark har haft en stigende forekomst af svær overvægt, som dog ser ud til at stagnere. Intet land har endnu lykkedes med at mindske prævalensen og uligheden, som øges i mange både rige og fattige lande.

Blandt bestemte grupper i befolkningen ses der ofte en ophobning af risikofaktorer. Dette er eksempelvis de risikofaktorer, som samlet kaldes KRAM-faktorer, som også dækker over tidligere nævnte sundhedsfaktorer. Når sammenhængen mellem risikofaktorer og helbredet undersøges, er der en risiko for, at de sammenhænge, der findes, ikke kun skyldes den undersøgte risikofaktor, men derimod er en kombination af flere risikofaktorer relateret til sundhedsadfærd⁵.

I forhold til arbejdsmiljø er der særligt to faktorer, som er af betydning for helbredet og for uligheden. Det er dels en fysisk dimension (fysisk tungt arbejde), dels en dimension i det psykosociale miljø (lav indflydelse på, hvordan arbejdsopgaverne skal løses). De to indikatorer er ifølge Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) spørgeskemaundersøgelser ikke mindsket og optræder med en uforandret skæv social fordeling i forhold til de ansattes uddannelse. De to indikatorer bidrager dermed til ulighed i sundhed, ikke mindst hvad gælder muskel-skelet lidelser, hjertekarsygdomme og psykiske problemer.

4.1 Daglig rygning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt, for personer på 30 år eller derover.

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom^{6,7}. Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark⁸. Sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark årligt omkring 13.000 flere dødsfald blandt rygere og eksrygere. Det svarer til, at næsten hvert tredje dødsfald skyldes rygning. Beregninger viser endvidere, at rygning sammen med alkohol kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark og næsten hele den stigning, der har været i uligheden siden 1985⁹.

Indikatoren daglig rygning er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	21,7		147.415	17,8		135.573	17,1		148.697	
KVINDER	20,1		79.128	16,2		72.593	15,7		79.619	
Grundskole	26,5	3,01*	21.320	22,2	2,93*	18.222	21,7	3,40*	17.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,2	2,04*	30.365	17,7	1,89*	27.788	17,5	2,14*	30.863	
Videregående uddannelse	12,6	1	25.854	10,5	1	25.262	9,4	1	29.617	
Uoplyst	15,7	1,89*	1.589	14,4	1,76*	1.321	14,7	1,77*	1.725	
SII**	-22,2			-18,5			-20,4			0,74
MÆND	23,5		68.287	19,4		62.980	18,6		69.078	
Grundskole	32,6	3,23*	15.593	28,3	3,52*	13.530	27,0	3,70*	13.788	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	25,0	2,07*	31.969	20,8	2,18*	29.603	19,5	2,21*	32.064	
Videregående uddannelse	13,9	1	19.349	10,8	1	18.620	10,1	1	21.511	
Uoplyst	26,9	2,69*	1.376	27,9	3,52*	1.227	26,1	3,24*	1.715	
SII**	-22,4			-20,4			-21,5			0,74

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der ryger dagligt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

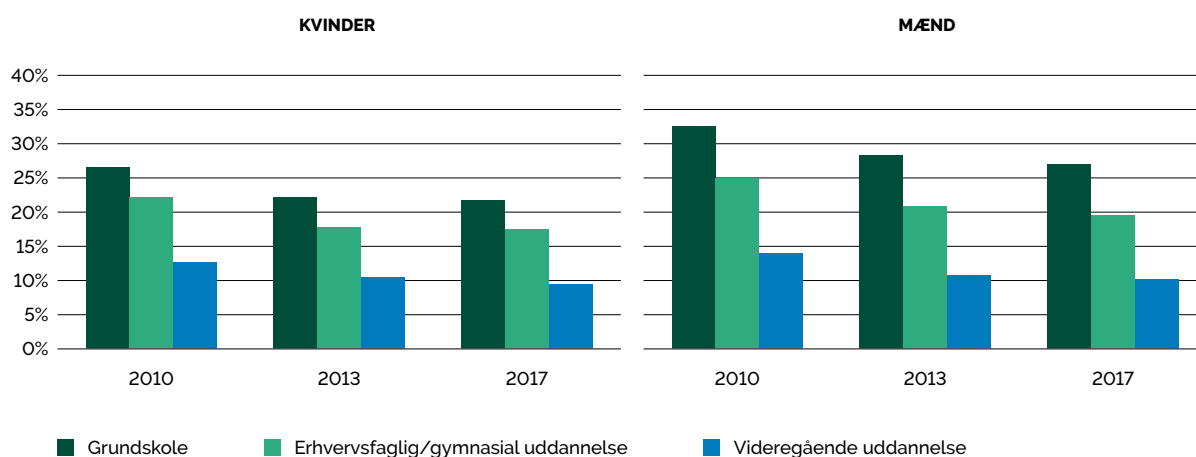
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 22 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 18 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse som uddannelsesniveau. Blandt mænd med grundskole er der 27 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 20 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 22 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der ryger dagligt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ryger dagligt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.2 Alkoholindtag

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis andelen af personer, der har et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd) i løbet af en typisk uge, og andelen af personer, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed (binge drinking) for personer på 30 år eller derover.

Alkohol er hel eller delvis årsag til mere end 200 kroniske og akutte tilstande og sygdomme, som for eksempel inkluderer forgiftning, alkoholafhængighed, leversygdomme og kræft især i øvre mave-tarm-kanal¹⁰. Alkohol er årsag til mellem 3.000 og 4.000 dødsfald årligt i Danmark¹¹. De fleste alkoholrelaterede dødsfald ses hos personer, der drikker over højrisikogrænsen, og herudover er et stort alkoholforbrug årsag til større risiko for arbejdsløshed¹². Alkohol er fortsat en af de væsentligste risikofaktorer både globalt og nationalt¹³.

Indikatoren alkoholindtag er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Alkoholindtag bliver i rapporten beskrevet ved alkoholindtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse og fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Et alkoholindtag på fem eller flere genstande ved samme lejlighed er defineret anderledes i 2010 end i 2013 og 2017. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

4.2.1 Højriskogrænse for alkoholindtagelse

TABEL 4.2.1

Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	9,0		144.274	7,4		129.918	6,2		144.345	
KVINDER	6,5		77.143	5,3		69.299	4,3		77.231	
Grundskole	5,9	0,68*	20.106	4,9	0,70*	16.591	4,4	0,74*	16.504	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,8	0,91*	29.833	5,6	0,93	26.764	4,3	0,82*	29.941	
Videregående uddannelse	6,8	1	25.673	5,4	1	24.722	4,5	1	29.096	
Uoplyst	5,7	0,93	1.531	4,2	0,86	1.222	2,3	0,60*	1.690	
<i>SII**</i>	3,6			2,9			2,7			0,20
MÆND	11,7		67.131	9,5		60.619	8,2		67.114	
Grundskole	12,4	1,07	14.951	10,6	1,20*	12.651	8,9	1,11*	13.184	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	12,1	1,09*	31.564	10,2	1,18*	28.601	8,8	1,14*	31.187	
Videregående uddannelse	10,6	1	19.298	8,2	1	18.229	7,2	1	21.099	
Uoplyst	11,0	1,09	1.318	6,7	0,88	1.138	6,0	0,89	1.644	
<i>SII**</i>	1,5			0,6			0,5			0,32

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse på en typisk uge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

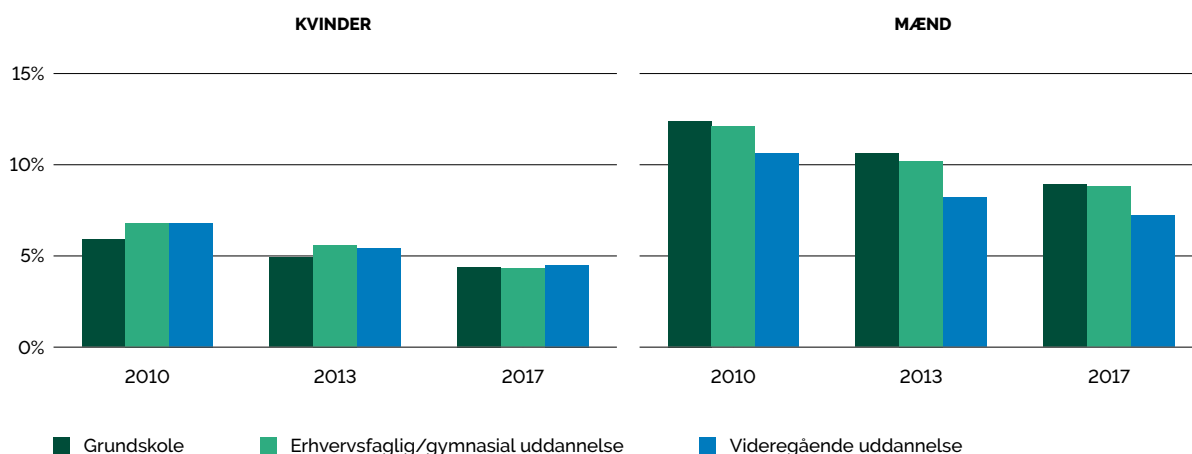
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 4,4 %, der overskrider højriskogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det gælder henholdsvis 4,3 % og 4,5 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 9 %, der overskrider højriskogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det gælder henholdsvis 9 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, i alle tre år statistisk signifikant. Der ses en omvendt social gradient blandt kvinder, hvor andelen, der overskrider højriskogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes, at uligheden for kvinder i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 2,7 procentenheder blandt kvinder og 0,5 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.2.1

Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, og uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse for kvinder, således at andelen, som overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.2.2 Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

TABEL 4.2.2

Andelen, der jævnlgt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	22,1		147.152	23,0		134.009	21,5		148.076	
KVINDER	12,3		78.896	13,6		71.611	12,6		79.368	
Grundskole	8,6	0,74*	21.035	10,0	0,80*	17.706	9,4	0,75*	17.422	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,2	0,91*	30.348	13,7	0,89*	27.498	12,4	0,80*	30.716	
Videregående uddannelse	15,1	1	25.914	16,3	1	25.117	15,9	1	29.504	
Uoplyst	6,0	0,59*	1.599	8,7	0,60*	1.290	7,5	0,45*	1.726	
<i>SII**</i>	<i>4,0</i>			<i>3,3</i>			<i>4,3</i>			<i>0,76</i>
MÆND	32,3		68.256	32,8		62.398	30,8		68.708	
Grundskole	25,6	0,73*	15.439	26,7	0,75*	13.303	25,2	0,73*	13.756	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,2	0,90*	31.979	33,1	0,88*	29.368	31,6	0,89*	31.871	
Videregående uddannelse	36,8	1	19.475	37,6	1	18.534	35,4	1	21.381	
Uoplyst	21,0	0,61*	1.363	21,8	0,49*	1.193	20,7	0,47*	1.700	
<i>SII**</i>	<i>8,4</i>			<i>7,9</i>			<i>7,5</i>			<i>0,11</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der jævnlgt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der jævnlgt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

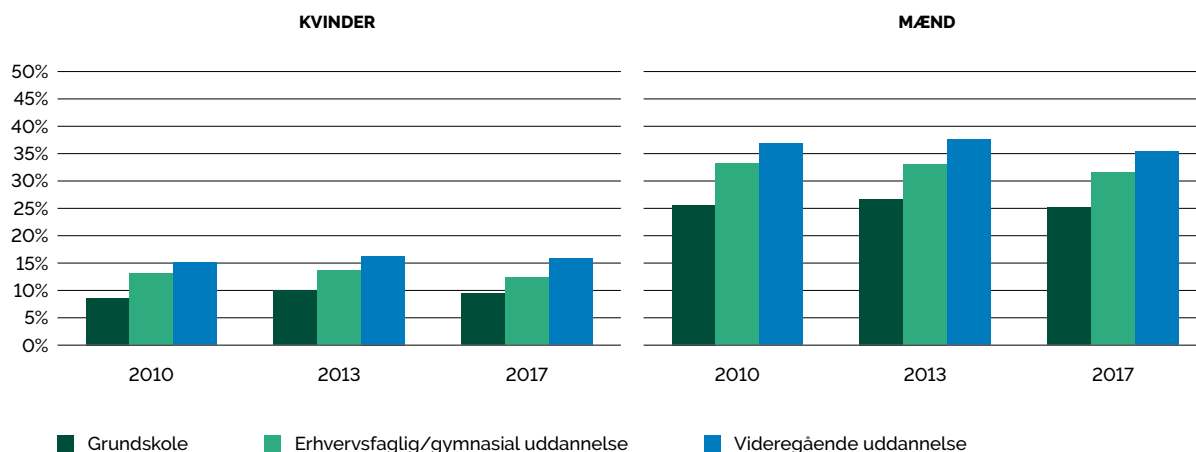
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 9 %, der jævnlgt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 12 % og 16 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 25 %, der jævnlgt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 32 % og 35 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der jævnlgt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en omvendt social gradient, hvor andelen, der jævnlgt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes, at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder og mænd med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 4 procentenheder blandt kvinder og 8 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.2.2

Andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed for både kvinder og mænd, således at andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.3 Fysisk inaktivitet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er fysisk inaktive, for personer på 30 år eller derover i 2017.

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række hyppigt forekommende tilstande og sygdomme i Danmark, herunder hjertekarsygdom, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft samt tidlig død. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet på risikoen for tidlig død findes blandt både mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel overvægt^{8, 14}. Når der justeres for rygning, alkohol og BMI, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer. Relateret til fysisk inaktivitet er der blandt mænd 14.000 tabte leveår, og blandt kvinder er der 8.300 tabte leveår⁸.

Indikatoren fysisk inaktivitet er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2017). Fysisk inaktiv er baseret på, at man ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1. Der indgår kun data for år 2017, idet der først i Den Nationale Sundhedsprofil i 2017 er inkluderet spørgsmål vedrørende tiden, der er brugt på fysisk aktivitet.

TABEL 4.3

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

	2017		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	31,1		128.746
KVINDER	31,6		68.285
Grundskole	38,1	1,61*	12.901
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	31,7	1,28*	26.723
Videregående uddannelse	27,1	1	27.297
Uoplyst	37,4	1,47*	1.364
<i>SII**</i>	-12,9		
MÆND	30,5		60.461
Grundskole	36,7	1,69*	11.074
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	31,2	1,35*	28.082
Videregående uddannelse	25,0	1	19.943
Uoplyst	34,6	1,59*	1.362
<i>SII**</i>	-13,5		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 38 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 32 % og 27 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 37 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 31 % og 25 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, statistisk signifikant i 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 13 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd i 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

4.4 Svær overvægt

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er svært overvægtige, for personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt er en betydelig risikofaktor for en række sygdomme som type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, visse former for kræft, reproduktionsproblemer, psykosociale problemer og tidlig død¹⁵. De helbredsmæssige konsekvenser stiger med stigende grad af overvægt¹⁶. Når der justeres for rygning, alkohol og fysisk inaktivitet, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 630 ekstra dødsfald blandt svært overvægtige i forhold til personer, der ikke er svært overvægtige. Relateret til svær overvægt er der blandt mænd 4.300 tabte leveår og blandt kvinder er der 2.900 tabte leveår⁸.

Indikatoren svær overvægt er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1.

TABEL 4.4

Andelen af personer, der er svært overvægtige (BMI \geq 30) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	15,0		146.514	16,1		133.392	18,9		145.970	
KVINDER	14,6		78.582	15,6		71.092	18,4		77.934	
Grundskole	18,7	2,28*	21.086	20,2	2,31*	17.630	22,6	2,19*	16.970	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15,6	1,66*	30.188	16,9	1,66*	27.235	20,4	1,69*	30.150	
Videregående uddannelse	10,3	1	25.779	11,3	1	24.951	13,6	1	29.130	
Uoplyst	12,1	1,67*	1.529	13,5	1,42*	1.276	13,8	1,05	1.684	
SII**	-13,9			-14,4			-15,5			0,06
MÆND	15,5		67.932	16,5		62.300	19,4		68.036	
Grundskole	21,3	2,55*	15.430	22,6	2,38*	13.352	27,2	2,77*	13.579	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16,4	1,80*	31.822	17,5	1,69*	29.314	20,6	1,85*	31.562	
Videregående uddannelse	9,7	1	19.324	11,0	1	18.434	12,2	1	21.239	
Uoplyst	15,9	2,04*	1.356	16,6	1,73*	1.200	17,1	1,53*	1.656	
SII**	-15,5			-15,0			-20,2			0,33

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er svært overvægtige (BMI \geq 30), er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.4 viser sammenhængen mellem andelen af personer, der er svært overvægtige, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

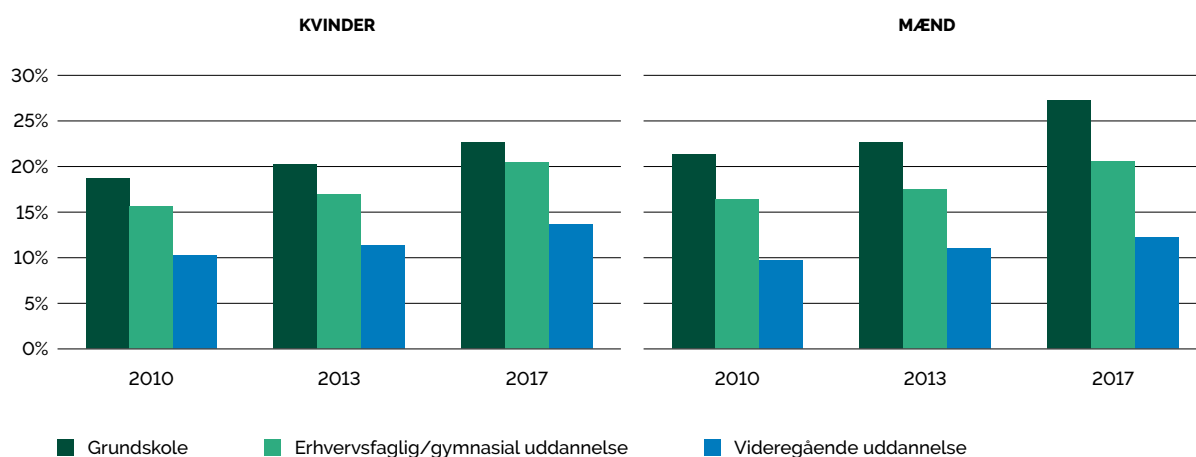
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 23 %, der er svært overvægtige. Det gælder henholdsvis 20 % og 14 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 27 %, der er svært overvægtige. Det gælder henholdsvis 21 % og 12 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er svært overvægtige, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der er svært overvægtige, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 16 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 4.4

Andelen af personer, der er svært overvægtige, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 4.4 viser sammenhængen mellem andelen af personer, der er svært overvægtige, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er svært overvægtige, for både kvinder og mænd, således at andelen, der er svært overvægtige, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

4.5 Ophobning af risikofaktorer

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveaue og andelen af personer, der har to eller flere risikofaktorer (daglig rygning, alkoholindtag over højrisikogrænsen (14/21 genstande per uge for henholdsvis kvinder og mænd), fysisk inaktivitet og svær overvægt), for personer på 30 år eller derover.

Ofte undersøges effekten på helbredsrelaterede byrdemål af risikofaktorer som alkohol, rygning, fysisk aktivitet og overvægt enkeltvis. Men risikofaktorer udøver ofte en såkaldt synergistisk effekt (et samspil mellem risikofaktorer med en forstærkende effekt) på sygelighed og dødelighed¹⁷. Således forstærker den ene risikofaktor effekten af en anden, for eksempel tobak og alkohol i forhold til strubekræft, og rygning og overvægt i forhold til hjertekarsygdom. Hvis man kun undersøger effekten af den enkelte risikofaktor, er der en risiko for at overse sammenhænge mellem flere forskellige risikofaktorer samt effekten af kombinationer af flere risikofaktorer. Herudover ses ofte en ophobning af risikofaktorer hos enkeltindivider og i bestemte grupper i befolkningen. Endvidere ses ofte, at det at have færre risikofaktorer er associeret til lavere dødelighed¹⁸.

Indikatoren ophobning af risikofaktorer er i denne rapport defineret på basis af fire spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2017). Det drejer sig om daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over højrisikogrænsen, fysisk inaktivitet og svær overvægt. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1. Idet information om fysisk inaktivitet kun haves for 2017, vises kun resultater for dette år vedrørende ophobning af risikofaktorer.

TABEL 4.5

Andelen med to eller flere risikofaktorer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

	2017		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	13,8		150.324
KVINDER	12,4		80.627
Grundskole	14,7	2,13*	17.959
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14,4	1,75*	31.154
Videregående uddannelse	9,1	1	29.751
Uoplyst	8,7	0,99	1.763
<i>SII**</i>	-10,5		
MÆND	15,2		69.697
Grundskole	20,3	2,46*	14.056
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16,4	1,82*	32.324
Videregående uddannelse	9,7	1	21.587
Uoplyst	15,4	1,76*	1.730
<i>SII**</i>	-13,2		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer (daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over højrisikogrænsen, fysisk inaktivitet og svær overvægt) er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveaue justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.5 viser sammenhængen mellem andelen med to eller flere risikofaktorer og højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 15 % med to eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 14 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 20 % med to eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 16 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, med to eller flere risikofaktorer, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, med to eller flere risikofaktorer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 11 procentenheder blandt kvinder og 13 procentenheder blandt mænd i 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer for både kvinder og mænd i 2017, således at andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

4.6 Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Arbejdsmiljø omfatter en lang række af kemiske, fysiske, ergonomiske og psykosociale forhold af betydning for helbredet. Vi har i rapporten valgt at belyse to af stor betydning for ulighed i sygdomsbyrden i Danmark: fysisk belastning og mangel på indflydelse på, hvordan arbejdsopgavernes skal løse. I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, for personer på 30 år eller derover.

Indflydelse i arbejdet omfatter medarbejderens indflydelse på, hvornår og hvordan de løser deres arbejdsopgaver. Forskning har vist, at indflydelse på arbejdet har betydning i forhold til udvikling af stress¹⁹ og dårlig mental sundhed²⁰, blandt andet fordi indflydelse giver medarbejderne mulighed for at tilpasse arbejdet til egne behov og håndtere krav i arbejdet. Derudover peger forskningen på, at netop manglen på indflydelse i arbejdet øger risikoen for førtidspension blandt kontormedarbejdere og medarbejdere, som arbejder med kunder, klienter eller manuelt arbejde i Danmark²¹.

Indikatoren indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark (2012, 2014, 2016, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.6

Andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

	2012			2014			2016			2018			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	2,2		21.630	2,4		24.540	2,7		27.932	2,5		34.099	
KVINDER	1,9		11.689	2,3		13.266	2,6		14.539	2,4		18.336	
Grundskole	4,0	3,98*	1364	3,6	2,20*	1425	5,3	3,13*	1518	4,6	3,07*	1610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,2	2,11*	4.730	2,7	1,62*	5.082	2,9	1,72*	5.526	2,9	1,84*	6.972	
Videregående uddannelse	1,1	1	5.595	1,7	1	6.759	1,7	1	7.495	1,7	1	9.754	
Uoplyst													
SII**	-3,8			-2,0			-3,7			-3,4			0,95
MÆND	2,4		9.941	2,5		11.274	2,9		13.393	2,6		15.763	
Grundskole	4,1	3,77*	1.465	4,8	3,04*	1.470	4,2	2,31*	1.964	4,5	2,61*	1.991	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,9	2,63*	4.816	2,7	1,67*	5.201	3,3	1,80*	6.309	2,7	1,49*	7.157	
Videregående uddannelse	1,1	1	3.660	1,6	1	4.603	1,9	1	5.120	1,9	1	6.615	
Uoplyst													
SII**	-3,7			-3,0			-3,2			-2,9			0,16

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.6 viser sammenhængen mellem andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

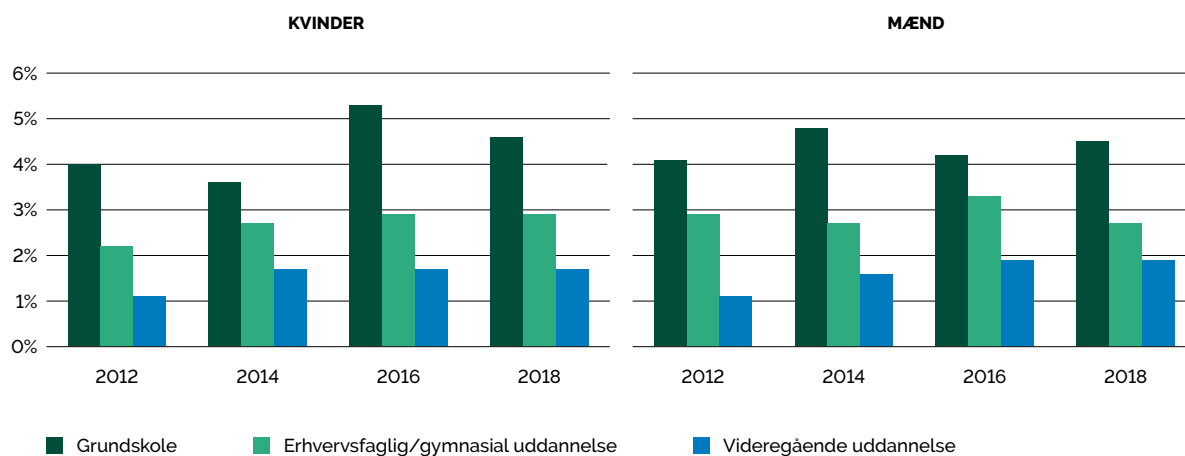
I 2018 er der blandt kvinder med grundskole 4,6 %, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 2,9 % og 1,7 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 4,5 %, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 2,7 % og 1,9 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle fire år. Der ses en social gradient, hvor andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,4 procentenheder blandt kvinder og 2,9 procentenheder blandt mænd i 2018. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

FIGUR 4.6

Andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.



Figur 4.6 viser sammenhængen mellem andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som oplever lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

4.7 Arbejdsmiljø – fysisk tungt arbejde

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har fysisk tungt arbejde, for personer på 30 år eller derover.

Fysiske krav i arbejdet handler om de bevægelser, aktiviteter og kropspositioner, som personen udfører i arbejdstiden, og som i de fleste tilfælde er nødvendige for, at personen kan udføre sit arbejde. Den fysiske anstrengelse defineres som, hvor fysisk 'hårdt' den enkelte person mener, det er at udføre sit arbejde. Den selvvaluerede anstrengelse kan derfor variere meget fra person til person, selvom de udfører præcis det samme fysiske arbejde. Det kan for eksempel afhænge af personens alder, køn, helbred og fysisk kapacitet¹⁹. Fysiske krav i arbejdet øger risikoen for muskel-skelet-besvær, sygefravær og førtidspension. Det gælder især tunge løft^{22, 23}.

Indikatoren fysisk tungt arbejde er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark (2012, 2014, 2016, 2018). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.7

Andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

	2012			2014			2016			2018			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	22,0		21.753	17,8		24.715	22,3		27.476	18,4		33.615	
KVINDER	19,6		11.731	16,3		13.343	20,3		14.340	16,8		18.100	
Grundskole	37,2	4,92*	1.359	26,2	4,19*	1.432	36,6	4,80*	1.498	32,8	5,14*	1.580	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,6	2,52*	4.722	22,8	3,36*	5.092	27,1	3,01*	5.428	22,8	3,01*	6.846	
Videregående uddannelse	11,0	1	5.598	8,3	1	6.768	11,3	1	7.345	9,2	1	9.615	
Uoplyst	39,1	5,20*	52	43,0	7,95*	51	46,1	6,78*	69	32,6	4,62*	59	
SII**	-34,3			-26,3			-33,2			-29,5			0,73
MÆND	24,3		10.022	19,2		11.372	24,1		13.136	20,0		15.515	
Grundskole	36,6	7,71*	1.474	33,2	9,12*	1.469	40,1	8,65*	1.924	34,0	8,04*	1.947	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,3	6,51*	4.818	26,6	6,53*	5.209	32,6	6,05*	6.144	27,7	5,82*	6.997	
Videregående uddannelse	7,3	1	3.651	5,4	1	4.613	7,7	1	4.959	6,5	1	6.471	
Uoplyst	34,9	6,98*	79	25,4	5,92*	81	42,4	9,17*	109	40,2	10,41*	100	
SII**	-48,4			-40,8			-48,6			-40,7			0,56

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.7 viser sammenhængen mellem andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

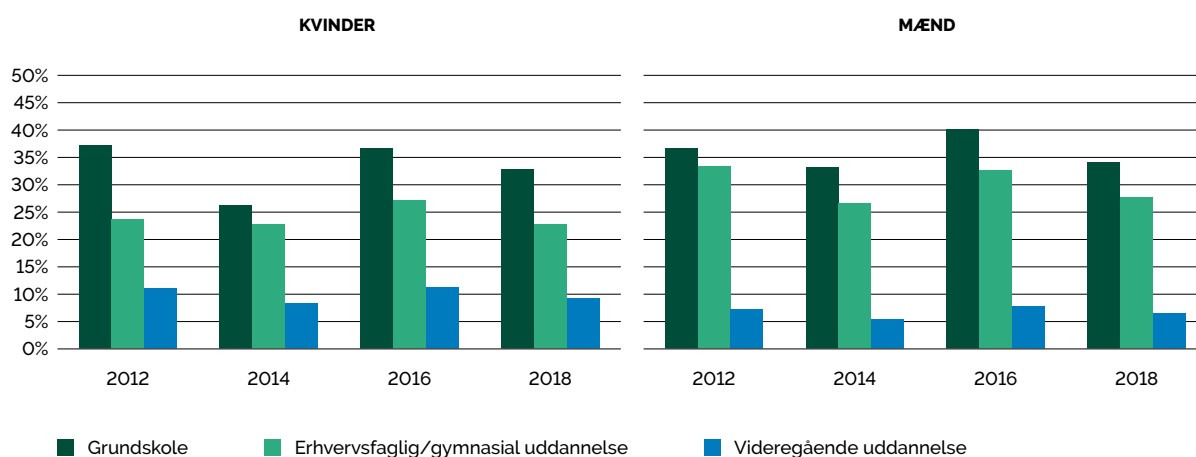
I 2018 er der blandt kvinder med grundskole 33 %, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt. Det gælder henholdsvis 23 % og 9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 34 %, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt. Det gælder henholdsvis 28 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle fire år. Der ses en social gradient, hvor andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 30 procentenheder blandt kvinder og 41 procentenheder blandt mænd i 2018. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

FIGUR 4.7

Andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.



Figur 4.7 viser sammenhængen mellem andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2012, 2014, 2016 og 2018.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, som opfatter deres arbejde som fysisk tungt, for både kvinder og mænd. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2012-2018.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed i forhold til en række indikatorer relateret til sundhedsadfærd. Det gælder daglig rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, svær overvægt og ophobning af risikofaktorer. Derudover har vi beskrevet den sociale ulighed i forhold til arbejdsløshed; dels graden af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver og dels fysiske krav på arbejdet.

I forhold til sundhedsadfærd gælder det, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en højere andel, der ryger dagligt, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger til fysisk aktivitet, der er svært overvægtige, og som har en ophobning af disse risikofaktorer, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Omvendt ses en højere andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskgrænse for ugentligt alkoholindtag, og der jævnligt indtager mere end fem genstande ved samme lejlighed, blandt personer med videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er i perioden 2010-2017 ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed for de nævnte indikatorer relateret til sundhedsadfærd.

I forhold til arbejdsmiljø har vi beskrevet, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er en højere andel, der oplever at have lav grad af indflydelse på løsning af arbejdsopgaver og en højere andel med fysiske krav på arbejdet, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt mænd og blandt kvinder og i alle årene 2010, 2012, 2014 og 2018. Der er ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed for de to indikatorer relateret til arbejdsmiljø.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
2. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M, Møller S, Pedersen M, Pisinger V. Unges alkohol-kultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019.
3. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt UA, Lange T, Andersen PK, Osler M, et al. Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events: A Danish register-based cohort study. *Epidemiology*. 2017;28(6):872-9.
4. Gauffin K, Hjern A, Vinnerljung B, Bjorkenstam E. Childhood household dysfunction, social inequality and alcohol related illness in young adulthood. A Swedish national cohort study. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151755.
5. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskaade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
6. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA)2014.
7. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
8. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
9. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
10. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
11. Eliassen M, Becker U, Gronbaek M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. *Eur J Epidemiol*. 2014;29(1):15-26.
12. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, Lau CJ, Christensen AI, Becker U, et al. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. *Eur J Epidemiol*. 2019;34(4):397-407.
13. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2018.
14. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
15. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2004;4(8):579-91.

16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
17. Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S, Group JS. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. *Prev Med.* 2009;48(5):486-92.
18. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2012;55(3):163-70.
19. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012 - Resumé og resultater. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2013.
20. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine.* 2017;74(4):301.
21. Thorsen SV, Flyvholm M-A, Bültmann U, Pedersen J, Bach E. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark – belyst ud fra register- og spørgeskemadata fortrinsvis fra 2010-2014 København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2016.
22. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Retrospectively assessed physical work environment during working life and risk of sickness absence and labour market exit among older workers. *Occup Environ Med.* 2018;75(2):114-23.
23. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Cumulative occupational mechanical exposures during working life and risk of sickness absence and disability pension: prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health.* 2017;43(5):415-25.

5

Mentalt helbred og psykiske sygdomme



I dette kapitel beskrives indikatorer relateret til mental helbred og psykiske sygdomme. Det drejer sig om dårligt mentalt helbred, højt stressniveau, at føle sig uønsket alene, depression, bipolar lidelse, skizofreni og selvmord. Mange danskere lever i dag med en psykisk sygdom eller med et dårligt mentalt helbred. I kapitlet beskrives omfanget af social ulighed i sundhed inden for mentalt helbred og psykisk sygdom hos både børn og voksne. Forekomsten af et dårligt mentalt helbred og psykisk sygdom beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte sygdomme i perioden 2010-2017. Forekomsten præsenteres som andel af befolkningen, der har fået sygdommen. De psykiske sygdomme og selvmord udgør ca. 11 % af sygdomsbyrden¹⁻².

Personer, der lever med en psykisk sygdom, har en øget risiko for funktionsnedsættelse, som påvirker deltagelse i arbejdsliv og andre sociale aktiviteter. Personer med alvorlig (hhv. lettere) psykisk funktionsnedsættelse har en beskæftigelsesgrad, der er 47 (hhv. 26) procentenheder lavere end for personer uden funktionsnedsættelse³.

Psykisk sygdom, beskrevet i denne rapport, inkluderer depression, bipolar lidelse og skizofreni.

Depression er en meget udbredt psykisk sygdom, der fører til vedvarende nedtrykhed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og mere træthed end normalt. Størstedelen af dem, der oplever en depression, kan behandles og hjælpes effektivt, og dermed komme sig. Depression kan have stor indflydelse på sociale relationer og arbejdsliv.

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk sygdom, der er kendetegnet ved, at man har maniske og depressive episoder. Bipolar lidelse optræder i ungdomsårene og tidlig voksenalder²⁹.

Skizofreni optræder ofte tidligt i livet, og hindrer ofte et længere uddannelsesforløb. En kort uddannelse er derfor mere en effekt af end en årsag til skizofreni⁴. Skizofreni er en sjælden dødsårsag (<0,1 % af alle dødsfald), men personer med skizofreni har en meget kraftig overdødelighed, som medfører 15-20 års kortere middellevetid end den øvrige befolkning⁵. Selvom en del af overdødeligheden kan tilskrives selvmord og ulykker, skyldes risikoen for tidlig død også hjertekarsygdom, diabetes og infektioner, som er 2-3 gange forhøjet.

I den voksne befolkning i Danmark svarer 13 % i 2017, at de vurderer at have et dårligt mentalt helbred i forhold til daværende referenceværdi⁶. I 2012 konkluderede en OECD-rapport, at omkring 1/5 af den arbejdende befolkning i Europa, Nordamerika, Australien og Japan lider af mentale helbredsproblemer. Et godt mentalt helbred defineres som en tilstand, hvor man trives, udvikler og udfolder sine evner, kan håndtere belastninger og indgår i fællesskaber med andre mennesker⁷. Et godt mentalt helbred er forbundet med engagement, produktivitet, kreativitet og evne til at vise omsorg. Det er desuden vigtigt for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt og økonomisk.

Personer, der over længere tid har haft et dårligt mentalt helbred, har en højere risiko for at udvikle både somatisk og psykisk sygdom, blandt andet hjertekarsygdom, angst og depression. Dårligt mentalt helbred er hermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor. Såvel dårligt mentalt helbred som psykisk sygdom har store personlige og samfundsmæssige omkostninger. Forskelle i forekomst og konsekvens af psykisk sygdom og dårligt mentalt helbred afhænger blandt andet af den enkelte persons uddannelsesniveau, og er derfor et vigtigt fokusområde i forhold til social ulighed i sundhed.

5.1 Dårligt mentalt helbred

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har et dårligt mentalt helbred for personer på 30 år eller derover.

Der er en stærk sammenhæng mellem dårligt mentalt helbred og en række helbreds- mæssige og sociale udfald⁸. Det er blandt andet associeret med sundheds- og risikoadfærd og har afgørende betydning for et individs helbred på kort og på lang sigt⁹⁻¹³. Et dårligt mentalt helbred udgør en betydningsfuld risikofaktor for bevidst og ubevidst selvskaade samt risiko for marginalisering¹⁴. Et godt mentalt helbred er afgørende for livskvalitet, evne til at håndtere livets udfordringer og er beskyttende i forhold til sygdom og social ulighed^{15, 16}.

Indikatoren dårligt mentalt helbred er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.1

Andelen med dårligt mentalt helbred fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	9,4		130.591	10,1		122.719	11,8		139.063	
KVINDER	11,0		68.929	11,6		64.847	13,5		73.746	
Grundskole	13,4	1,76*	16.598	14,9	1,90*	14.778	16,7	1,96*	14.994	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,4	1,18*	27.213	11,1	1,25*	25.290	13,1	1,30*	28.792	
Videregående uddannelse	9,4	1	23.882	9,7	1	23.684	11,4	1	28.367	
Uoplyst	17,7	1,8*	1.236	17,6	1,82*	1.095	17,0	1,47*	1.593	
<i>SII**</i>	-5,4			-6,1			-8,0			0,11
MÆND	7,9		61.662	8,5		57.872	10,1		65.317	
Grundskole	10,2	1,71*	13.033	11,8	1,92*	11.702	13,6	1,98*	12.511	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,3	1,12*	29.145	8,0	1,21*	27.358	9,2	1,19*	30.369	
Videregående uddannelse	6,7	1	18.358	7,0	1	17.744	8,3	1	20.813	
Uoplyst	14,7	2,34*	1.126	12,8	1,87*	1.068	15,5	1,92*	1.624	
<i>SII**</i>	-3,5			-4,6			-5,6			0,08

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen med dårligt mentalt helbred er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.1 viser sammenhængen mellem andelen med dårligt mentalt helbred og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

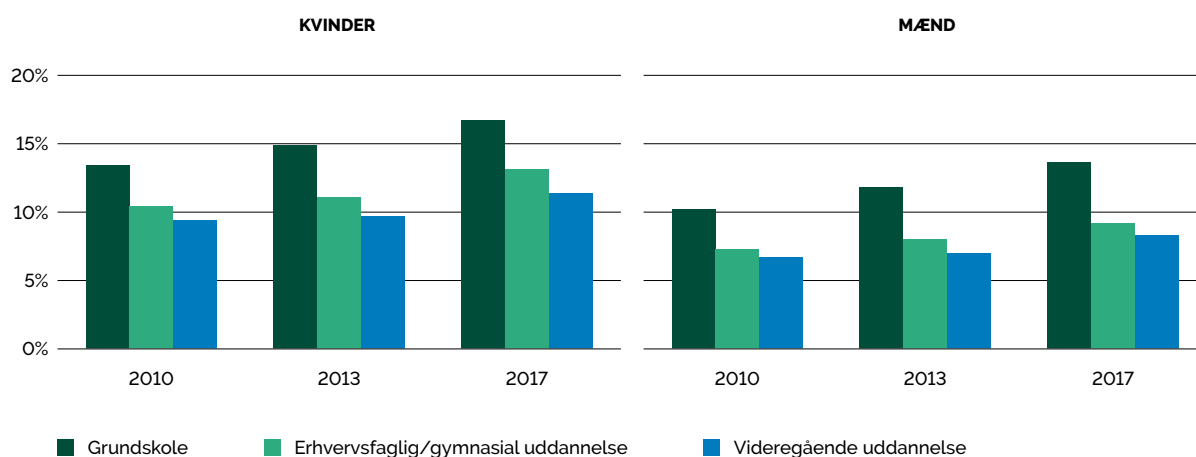
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 17 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 13 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 14 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 9 % og 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har dårligt mentalt helbred, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 8 procentenheder blandt kvinder og 6 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.1

Andelen, der har dårligt mentalt helbred, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 5.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har dårligt mentalt helbred, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har dårligt mentalt helbred, for både kvinder og mænd, således at andelen, der har dårligt mentalt helbred, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.2 Højt stressniveau

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer med et højt stressniveau for personer på 30 år eller derover.

Stress kan beskrives som en kort- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst¹⁷. Både arbejdslivet, økonomiske problemer, sygdom og belastende sociale relationer kan medføre stress. Stress påvirker helbredet både direkte gennem fysiologiske og psykiske mekanismer inklusive søvnforstyrrelser, men også indirekte, fordi det påvirker sundhedsadfærd. Stress kan måles på mange måder, men subjektiv stress viser et tydeligt socialt mønster.

Menneskers stresstærskel er forskellig, og hvornår man føler sig stresset, er til en vis grad subjektiv. Hvordan stress opleves og håndteres (coping) afhænger af blandt andet egne og miljøbestemte ressourcer¹⁸. Stress defineres ikke som en sygdom, men personer, som oplever intens og langvarig stress, er i øget risiko for at udvikle for eksempel hjertekarsygdomme og depression¹⁷.

Indikatoren højt stressniveau er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017). Spørgsmål til beregning af højt stressniveau indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.2

Andelen med højt stressniveau fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.

	2013			2017		
	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)
ALLE	20,7		127.384	23,4		142.909
KVINDER	23,6		67.660	26,4		76.133
Grundskole	30,7	2,26*	16.121	33,1	2,33*	16.094
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	23,6	1,48*	26.226	26,3	1,51*	29.651
Videregående uddannelse	18,1	1	24.132	20,5	1	28.751
Uoplyst	33,7	2,19*	1.181	36,6	2,11*	1.637
<i>SII**</i>	-16,7			-19,4		
MÆND	17,8		59.724	20,2		66.776
Grundskole	25,1	2,44*	12.533	26,5	2,35*	13.166
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	17,3	1,48*	28.120	19,6	1,51*	31.032
Videregående uddannelse	12,7	1	17.958	14,5	1	20.931
Uoplyst	31,0	3,03*	1.113	33,3	2,83*	1.647
<i>SII**</i>	-14,2			-15,4		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen med højt stressniveau er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.2 viser sammenhængen mellem andelen med højt stressniveau og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i henholdsvis 2013 og 2017.

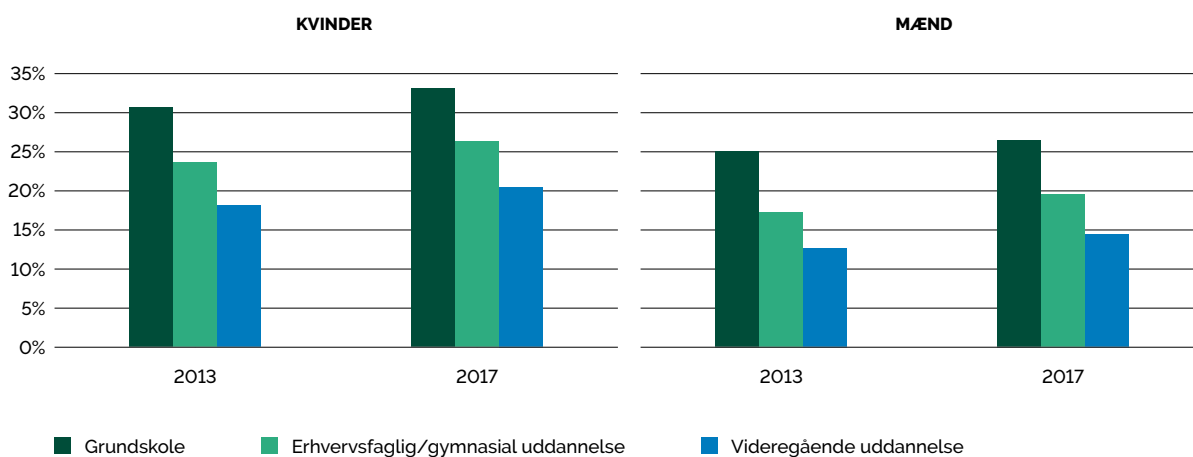
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 33 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 26 % og 21 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 27 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 20 % og 15 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med højt stressniveau statistisk signifikant for både kvinder og mænd i 2013 og 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med højt stressniveau, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 19 procentenheder blandt kvinder og 15 procentenheder blandt mænd i 2017.

FIGUR 5.2

Andelen med højt stressniveau, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.



Figur 5.2 viser sammenhængen mellem andelen med højt stressniveau og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau for både kvinder og mænd, således at andelen med højt stressniveau er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

5.3 Uønsket alene

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der føler sig uønsket alene, på 30 år og derover.

Ensomhed er en negativ følelsesmæssig tilstand, der beror på et oplevet misforhold mellem et individs sociale behov og kvaliteten af hans eller hendes sociale relationer¹⁹. Ensomhed og social isolation er forskellige tilstande, der kan forekomme uafhængigt af hinanden. Det er for eksempel muligt at føle sig ensom i en gruppe mennesker og at være socialt isoleret uden at føle sig ensom²⁰.

På tværs af lande er forekomsten af ensomhed størst blandt unge (16-24 år) og ældre (75 år og derover)^{21, 22}. Blandt subgrupper er der betydelig variation i forekomsten af ensomhed med størst forekomst blandt flygtninge, psykiatriske patienter og mennesker uden for arbejdsmarkedet^{23, 24}.

Langvarig ensomhed medfører en øget risiko for hypertension, høje kolesterolniveauer, hjertesygdom, smerter, søvnforstyrrelser, angst og depression^{25, 26}. Ensomhed udgør dermed et betydeligt folkesundhedsproblem med en øget risiko for mentale helbredsproblemer og øget sygelighed^{27, 28}.

Indikatoren uønsket alene er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelse Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	5,3		148.539	5,2		134.654	5,6		146.781	
KVINDER	5,7		79.907	5,5		72.181	5,7		78.704	
Grundskole	8,8	2,53*	21.682	8,6	2,62*	18.166	8,4	2,56*	17.314	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,7	1,39*	30.616	5,0	1,59*	27.622	5,2	1,54*	30.440	
Videregående uddannelse	3,4	1	25.979	3,2	1	25.075	3,6	1	29.245	
Uoplyst	14,1	3,29*	1.630	13,5	3,78*	1.318	11,4	3,23*	1.705	
SII**	-4,8			-4,9			-5,3			0,17
MÆND	4,8		68.632	4,8		62.473	5,4		68.077	
Grundskole	7,7	2,49*	15.705	7,6	2,47*	13.462	7,8	2,45*	13.578	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,0	1,26*	32.095	4,3	1,38*	29.408	4,6	1,37*	31.580	
Videregående uddannelse	3,2	1	19.451	3,3	1	18.414	3,6	1	21.256	
Uoplyst	11,7	3,34*	1.381	10,8	3,36*	1.189	13,0	3,88*	1.663	
SII**	-4,1			-3,9			-4,7			0,39

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ofte er uønsket alene, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

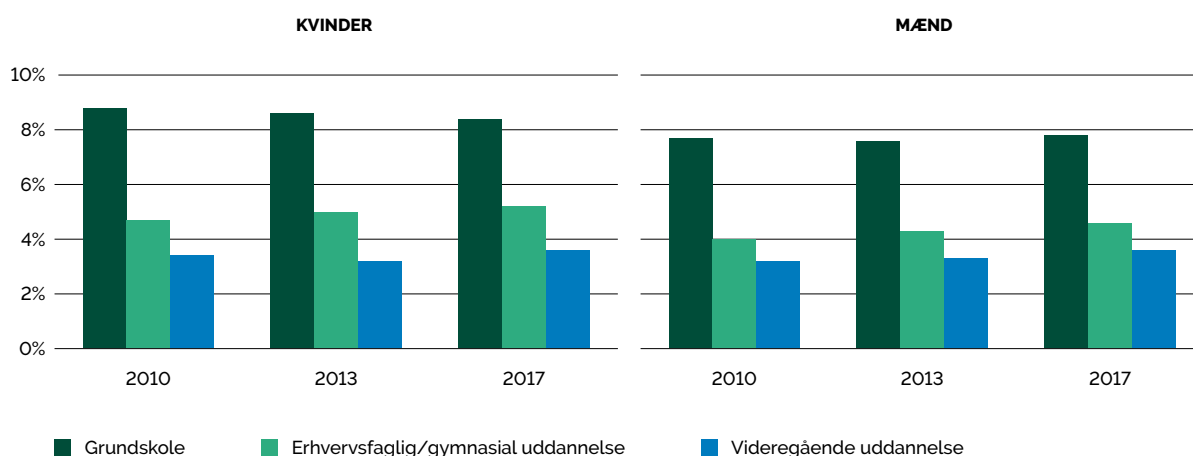
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 8 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 5 % og 4 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 8 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 5 % og 4 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der ofte er uønsket alene, statistisk signifikant for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 5 procentenheder for både kvinder og mænd i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 5.3 viser sammenhængen mellem andelen, der ofte er uønsket alene, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, for både kvinder og mænd, således at andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.4 Depression

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression for personer på 30 år eller derover.

Depression er en meget udbredt psykisk sygdom, der fører til vedvarende nedtrykhed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og mere træthed end normalt. Én ud af 20 personer vil på ét eller andet tidspunkt blive ramt af en depression²⁹. Depression kan forekomme på mange måder fra en mild depression til svære og livstruende depressioner³⁰. Størstedelen af dem, der oplever en depression, kan behandles og hjælpes effektivt, og dermed komme sig. Men op mod 20 % kommer sig ikke efter endt behandling. Depression kan have stor indflydelse på sociale relationer og arbejdsliv, og nogle vil endvidere være ramt af selvmordstanker og vil dermed være i risiko for at begå selvmord.

Indikatoren depression er i rapporten defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister, Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Omfanget og uligheden af depression er formentlig undervurderet, idet mindre alvorlige depressioner ikke fremgår af de tilgængelige datakilder. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 5.4

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	1.846,9		3.988.462	1.051,0		3.951.121	811,2		4.041.519	
KVINDER	2.231,1		1.955.736	1.226,2		1.923.219	936,2		1.956.086	
Grundskole	3.040,0	1,93*	553.912	1.768,4	2,04*	492.434	1.405,6	1,94*	440.525	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2.119,4	1,39*	742.955	1.198,5	1,49*	728.808	922,1	1,45*	747.240	
Videregående uddannelse	1.541,9	1	579.041	808,8	1	620.559	621,3	1	663.107	
Uoplyst	2.657,0	1,28*	79.828	1.375,6	1,39*	81.418	1.055,9	1,51*	105.214	
SII**	-1.925,2			-1.148,1			-796,3			< 0,01
MÆND	1.477,2		2.032.726	884,9		2.027.902	693,9		2.085.433	
Grundskole	2.034,1	1,94*	543.964	1.255,4	2,03*	503.989	985,5	1,88*	475.695	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1.370,5	1,36*	923.038	838,2	1,43*	918.564	659,5	1,36*	929.224	
Videregående uddannelse	1.027,9	1	489.139	588,0	1	520.569	481,5	1	555.552	
Uoplyst	1.677,9	1,38*	76.585	1.010,9	1,63*	84.780	784,2	1,69*	124.962	
SII**	-1.288,1			-814,9			-564,8			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.4 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

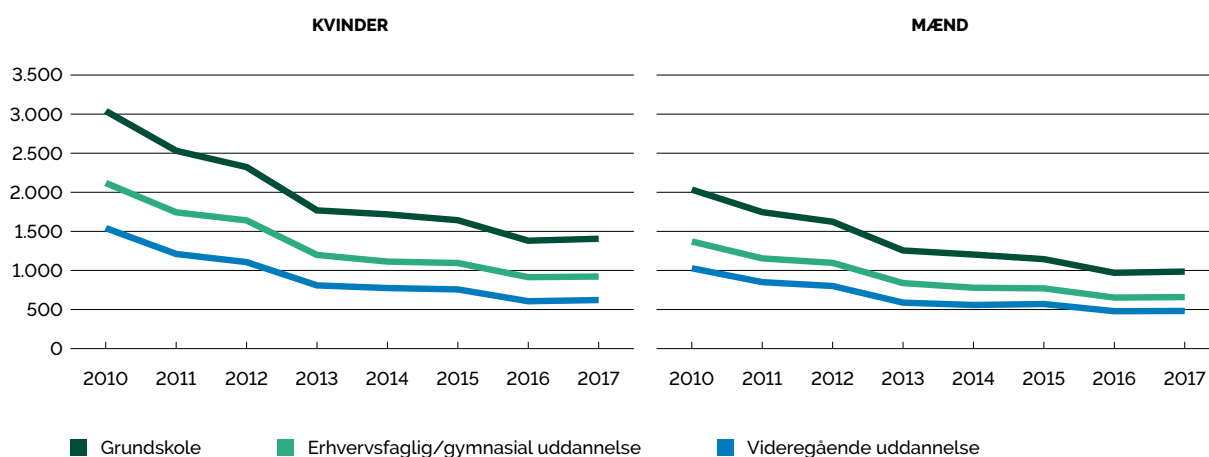
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 1.406 nye tilfælde af depression pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 922 og 621 nye tilfælde af depression pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 986 nye tilfælde af depression pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 660 og 482 nye tilfælde af depression pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 796 pr. 100.000 for kvinder og 565 pr. 100.000 for mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd er der en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden, således at den sociale ulighed i andelen, der får en depression, falder i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.4

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.4 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af depression og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af personer, som får depression, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.5 Bipolar lidelse

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse for personer på 15 år eller derover. Højest fuldførte uddannelsesniveau, er baseret på henholdsvis eget højest fuldførte uddannelsesniveau og forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk sygdom, der er kendetegnet ved, at man har maniske og depressive episoder. Bipolar lidelse kaldes også manio-depressiv lidelse. Hos mange starter sygdommen i ungdomsårene og tidlig voksenalder³¹. Grundet den unge debutalder er den sociale ulighed i bipolar lidelse opgjort i forhold til dels eget, dels forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indikatoren bipolar lidelse er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15 år eller derover, da bipolar lidelse ofte debutere sent i teenageårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

5.5.1 Bipolar lidelse og egen uddannelse

TABEL 5.5.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	46,4		4.515.271	90,5		4.599.636	48,5		4.752.269	
KVINDER	52,3		2.292.277	99,5		2.332.031	56,0		2.400.097	
Grundskole	74,6	2,34*	682.138	151,0	2,72*	638.887	73,1	1,79*	585.712	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	47,3	1,32*	860.317	90,7	1,48*	877.954	54,5	1,22*	915.436	
Videregående uddannelse	37,1	1	654.872	64,6	1	721.202	46,5	1	782.799	
Uoplyst	41,1	1,19	94.950	100,0	1,48*	93.988	46,5	0,89	116.150	
SII**	-63,9			-139,2			-44,0			0,16
MÆND	40,3		2.222.994	81,2		2.267.605	40,9		2.352.172	
Grundskole	58,6	2,24*	609.633	129,3	2,38*	584.660	62,1	2,19*	560.792	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	34,7	1,27*	1.003.209	66,9	1,19*	1.021.666	37,4	1,30*	1.045.512	
Videregående uddannelse	28,3	1	526.582	58,2	1	569.015	29,4	1	612.251	
Uoplyst	50,3	1,79*	83.570	75,9	1,27	92.264	32,2	1,04	133.617	
SII**	-45,8			-103,1			-44,9			0,19

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

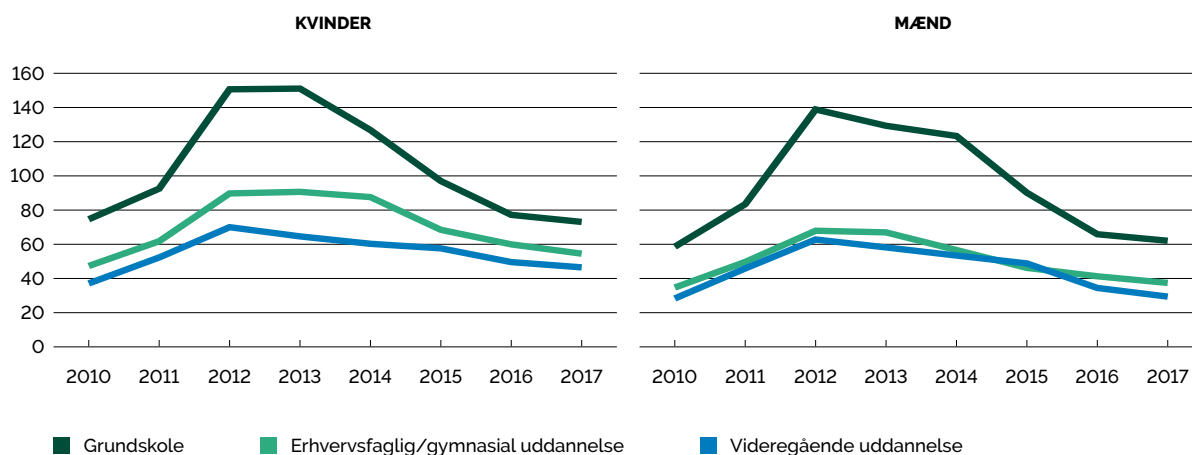
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 73 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 55 og 47 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 62 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 37 og 29 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 44 pr. 100.000 for kvinder og 45 pr. 100.000 for mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd er der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

FIGUR 5.5.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget højest fuldførte uddannelsesniveau, således at antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.5.2 Bipolar lidelsen og forældrenes uddannelse

TABEL 5.5.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	46,4		4.515.271	90,5		4.599.636	48,5		4.752.269	
KVINDER	52,3		2.292.277	99,5		2.332.031	56,0		2.400.097	
Grundskole	70,6	1,37*	311.762	111,9	1,15	306.534	57,8	0,86	290.623	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	57,0	1,05	491.467	114,7	1,13	519.438	58,7	0,78*	546.522	
Videregående uddannelse	55,1	1	343.312	102,9	1	381.014	78,7	1	433.180	
Uoplyst	44,4	0,97	1.145.736	88,0	0,98	1.125.045	45,6	0,79*	1.129.772	
SII**	-26,7			-26,7			16,1			0,02
MÆND	40,3		2.222.994	81,2		2.267.605	40,9		2.352.172	
Grundskole	45,3	1,04	339.859	81,5	1,07	329.966	42,1	0,89	308.723	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	41,7	0,96	514.978	86,3	1,11	542.602	43,1	0,90	568.997	
Videregående uddannelse	43,1	1	359.358	77,1	1	398.379	47,6	1	452.065	
Uoplyst	36,9	0,97	1.008.799	80,0	1,22*	996.658	36,4	0,82	1.022.387	
SII**	-2,6			-11,6			5,7			0,13

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

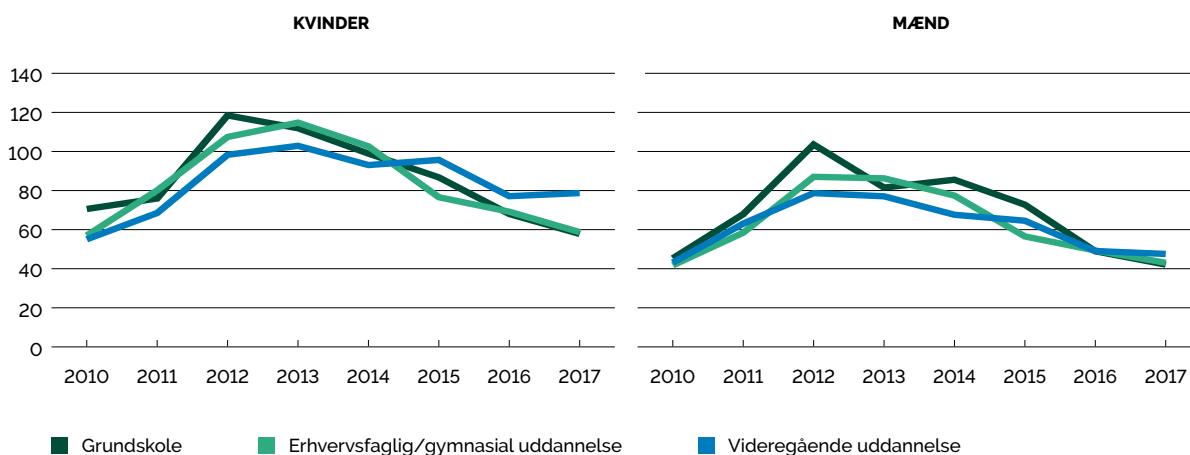
Tabel 5.5.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 58 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. Blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 59 og 79 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. I 2017 er der blandt mænd af forældre med grundskole 42 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer. Blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 43 og 48 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer.

Justeret for alder er sammenhængen mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer ikke statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år.

FIGUR 5.5.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse, fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.5.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af bipolar lidelse og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017.

5.6 Skizofreni

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni for personer på 15 år eller derover. Højest fuldførte uddannelsesniveau er baseret på henholdsvis eget højest fuldførte uddannelsesniveau og forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Skizofreni er en meget alvorlig psykisk sygdom med symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser og apati. Skizofreni debuterer ofte i en ung alder og har store konsekvenser for den enkelte person gennem resten af livet³². Grundet den unge debutalder for skizofreni kan denne psykiske sygdom have stor betydning for uddannelsesforløb og arbejdsliv³³. Der er en kraftig overdødelighed blandt personer med skizofreni med en middellevetid, der er 15-20 år kortere end for den øvrige befolkning³². Den tidligere død skyldes i et vist omfang selvmord, men også hjertekar-sygdomme, diabetes og infektioner³⁴. Grundet den unge debutalder er den sociale ulighed i skizofreni opgjort i forhold til dels eget, dels forældres højest fuldførte uddannelsesniveau.

Indikatoren skizofreni er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15 år eller derover, da skizofreni ofte debutere i ungdomsårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

5.6.1 Skizofreni og egen uddannelse

TABEL 5.6.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	33,0		4.498.685	34,8		4.588.049	30,6		4.747.481	
KVINDER	26,6		2.287.414	28,3		2.330.322	28,0		2.402.587	
Grundskole	48,8	6,64*	678.380	58,8	6,20*	636.257	61,1	8,51*	584.080	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,7	2,44*	859.197	19,8	1,64*	877.949	22,9	2,49*	917.171	
Videregående uddannelse	9,2	1	655.030	12,3	1	722.217	8,7	1	785.193	
Uoplyst	23,2	2,82*	94.807	23,4	1,74*	93.899	31,9	2,73*	116.143	
<i>SII**</i>	-67,2			-76,0			-79,6			0,62
MÆND	39,7		2.211.271	41,5		2.257.727	33,3		2.344.894	
Grundskole	88,8	6,53*	602.235	96,9	7,90*	577.698	78,8	7,00*	554.560	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,6	1,65*	1.000.042	24,2	2,00*	1.019.398	22,8	2,14*	1.044.349	
Videregående uddannelse	12,9	1	526.055	11,6	1	568.951	9,8	1	612.895	
Uoplyst	59,1	4,04*	82.939	68,7	4,63*	91.680	34,6	2,48*	133.090	
<i>SII**</i>	-103,0			-111,9			-84,7			0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

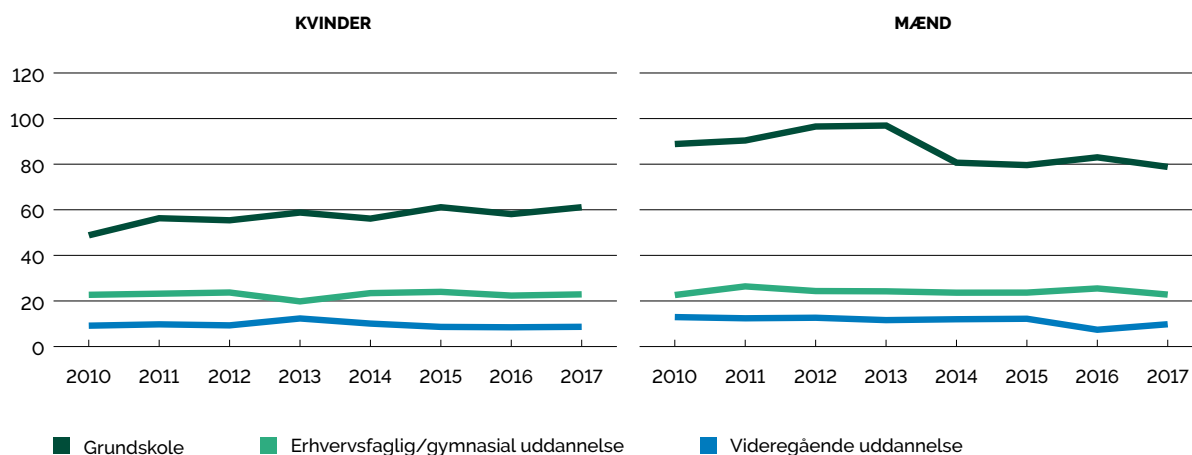
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 61 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 23 og 9 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 79 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 23 og 10 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer statistisk signifikant blandt både kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

De høje forekomster blandt personer med grundskole forklares delvist ved den tidlige debutalder for skizofreni, som kan influere på gennemførelsen af en uddannelse. Der kan altså for sygdomme med tidlig debutalder være tale om en omvendt årsags-sammenhæng, hvor sygdommen har betydning for, om en uddannelse bliver påbegyndt eller gennemført. For andre sygdomme kan det være mere naturligt, at sammenhængen med uddannelsesniveau for eksempel skyldes, at blandt andet sundhedsadfærd hænger sammen med uddannelsesniveau, og dermed influerer på udviklingen af sygdommen. Den sociale ulighed beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII) er henholdsvis 80 pr. 100.000 for kvinder og 85 pr. 100.000 for mænd i 2017. Blandt kvinder er der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden. Blandt mænd er der en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017, således at den sociale ulighed er faldet.

FIGUR 5.6.1

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer for både kvinder og mænd i perioden 2010-2017, når man sammenholder med eget uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd ses der en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

5.6.2 Skizofreni og forældrenes uddannelse

TABEL 5.6.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni fordelt på forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	33,0		4.498.685	34,8		4.588.049	30,6		4.747.481	
KVINDER	26,6		2.287.414	28,3		2.330.322	28,0		2.402.587	
Grundskole	38,0	1,59*	310.683	37,6	1,43*	305.971	33,4	1,21	290.750	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	36,3	0,97	490.373	40,5	0,99	519.008	35,8	0,79*	547.060	
Videregående uddannelse	43,2	1	342.460	47,3	1	380.514	53,8	1	433.442	
Uoplyst	14,3	1,35*	1.143.898	13,7	1,04	1.124.829	12,9	0,88	1.131.335	
SII**	-23,2			-17,5			-4,0			0,19
MÆND	39,7		2.211.271	41,5		2.257.727	33,3		2.344.894	
Grundskole	52,5	1,76*	337.445	57,6	1,87*	327.986	38,1	1,44*	307.319	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	55,1	1,17	512.158	58,9	1,14	540.040	49,2	1,08	566.898	
Videregående uddannelse	54,0	1	357.358	59,8	1	396.510	54,2	1	450.473	
Uoplyst	22,5	2,00*	1.004.310	19,3	1,51*	993.191	13,8	0,98	1.020.204	
SII**	-36,1			-46,9			-24,4			0,37

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

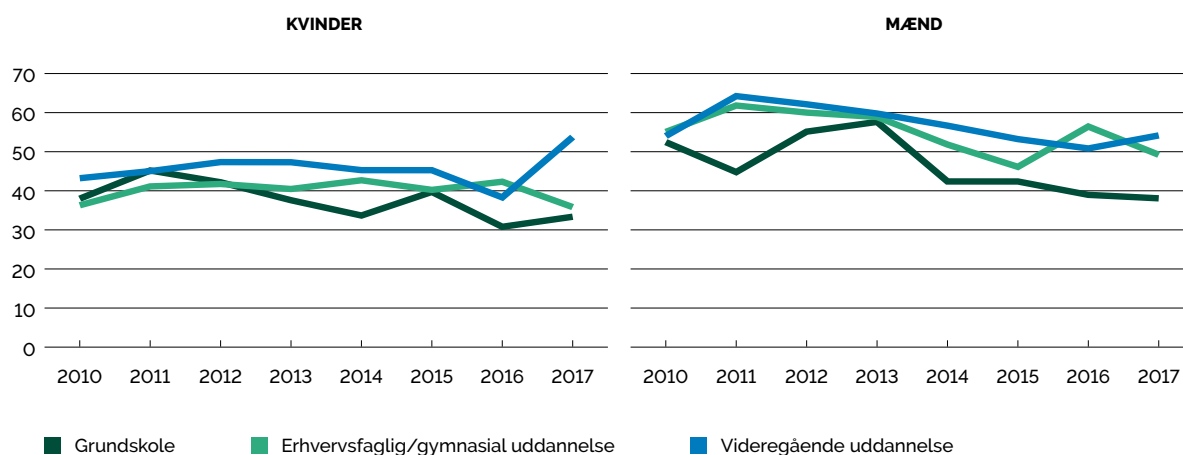
Tabel 5.6.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 33 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 36 og 54 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. I 2017 er der blandt mænd af forældre med grundskole 38 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd. Blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 49 og 54 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er der blandt kvinder ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Justeret for alder er sammenhængen mellem forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau og antal nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd statistisk signifikant. Blandt mænd ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.6.2

Antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni, fordelt på forældres højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.6.2 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde pr. 100.000 af skizofreni og forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 15 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ikke social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd, når man sammenholder med forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau.

5.7 Selvmord

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover.

Selvmord er i Danmark en hyppig dødsårsag i aldersgruppen 15-49 år og er årsag til omkring 13.000 tabte leveår årligt³⁵, heraf mange i den erhvervsaktive alder. Årligt tager omkring 600 personer deres liv³⁶. Der er en betydelig kønsskævhed, idet mere end dobbelt så mange mænd som kvinder tager deres liv – modsat selvmordsforsøg, hvor især unge kvinder har mange selvmordsforsøg. Risikoen for selvmord er høj blandt personer med en række forskellige psykiske sygdomme; forebyggelse og tidlig behandling af psykisk sygdom er derfor centralt i arbejdet for at nedbringe forekomsten af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade³⁵.

Indikatoren selvmord er i denne rapport defineret på basis af information om dødsårsager fra Dødsårsagsregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.7

Antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	14,3		3.413.585	16,1		3.453.823	13,4		3.498.910	
KVINDER	8,1		1.745.544	8,3		1.770.586	7,5		1.797.046	
Grundskole	9,6	1,18	549.665	9,1	1,11	515.544	9,6	1,28	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,7	1,02	664.310	8,7	1,18	676.288	7,4	1,12	686.315	
Videregående uddannelse	7,1	1	531.569	7,1	1	578.754	6,1	1	643.287	
Uoplyst										
<i>SII**</i>	<i>-1,8</i>			<i>-1,5</i>			<i>-2,5</i>			<i>0,28</i>
MÆND	20,8		1.668.041	24,3		1.683.237	19,7		1.701.864	
Grundskole	31,2	2,04*	441.919	36,4	2,21*	422.891	28,5	1,85*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	18,8	1,31	780.365	23,2	1,49*	788.789	19,4	1,38*	794.847	
Videregående uddannelse	13,9	1	445.757	15,3	1	471.557	13,3	1	509.929	
Uoplyst										
<i>SII**</i>	<i>-20,6</i>			<i>-25,7</i>			<i>-16,7</i>			<i>0,18</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er ikke statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.7 viser sammenhængen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

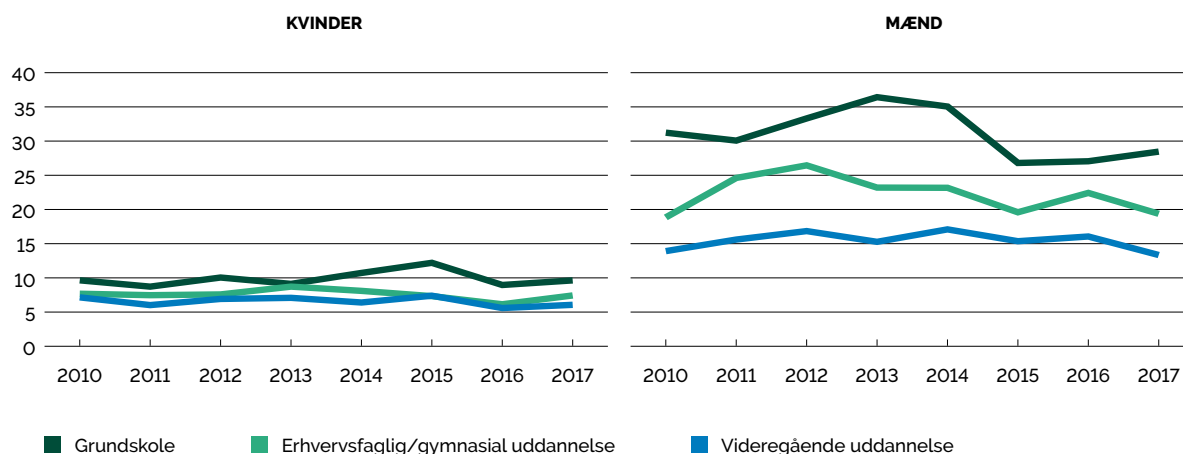
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 10 selvmord pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 7 og 6 selvmord pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2017 er der blandt mænd med grundskole 29 tilfælde af selvmord pr. 100.000 mænd. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 19 og 13 tilfælde pr. 100.000 mænd.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal selvmord pr. 100.000 personer ikke statistisk signifikant blandt kvinder. Blandt mænd er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer statistisk signifikant for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antal selvmord pr. 100.000 mænd er lavere med højere uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i selvmord blandt mænd, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 17 antal nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring af den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 5.7

Andelen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 5.7 viser sammenhængen mellem antal tilfælde af selvmord pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i perioden 2010-2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i mentalt helbred; herunder dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og ofte uønsket alene. Derudover har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række psykiske sygdomme; depression, bipolar lidelse, skizofreni og selvmord.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har dårligt mentalt helbred, der har et højt stressniveau og som føler sig ofte uønsket alene, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og i alle tre år 2010, 2013 og 2017. Der er ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed i denne periode.

I forhold til de psykiske sygdomme har vi beskrevet, at der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er et højere antal nye tilfælde af depression, bipolar lidelse og skizofreni pr. 100.000 personer end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i hele perioden 2010-2017. Der ses ingen sammenhæng mellem forældres højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af henholdsvis bipolar lidelse og skizofreni.

Fra 2010-2017 reduceres den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer blandt kvinder og blandt mænd. Ligeledes reduceres den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni fra 2010-2017 blandt mænd. Blandt kvinder ses ingen ændringer i den sociale ulighed i perioden.

Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau ses et højere antal selvmord pr. 100.000 personer end blandt mænd med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau fra 2010-2017. Den sociale ulighed ændres ikke i perioden 2010-2017. Denne sammenhæng ses ikke blandt kvinder.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
2. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
3. Damgaard M, Steffensen T, Bengtson S. Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. København SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
4. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):28-33.
5. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176.
6. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. Mental sundhed København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>].
8. Christensen A, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen 2017. 1-88 p.
9. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *Br J Sports Med*. 2009;43(14):1111-4.
10. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health*. 2012;50(1):66-73.
11. Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health - A joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Physicians; 2013.
12. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
13. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med*. 2008;70(7):741-56.
14. World Health Organization. Mental health, resilience and inequalities. København: World Health Organization; 2009.
15. UK Faculty of Public Health and The Mental Health Foundation. Better mental health for all: A public health approach to mental health improvement. London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation; 2016.

16. Huppert F. Interventions and policies to enhance wellbeing: The state of wellbeing science concepts, measures, interventions, and policies. Wellbeing: A complete reference guide. VI. West Sussex: Wiley Blackwell; 2014.
17. Nielsen N, Kristensen T. Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU og Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Sundhedsstyrelsen; 2007.
18. Rod N. Stress. In: Iversen L, Lund R, Christensen U, editors. Medicinsk sociologi. 2. udgave. København: Munksgaard; 2012.
19. Svendsen L. A Philosophy of Loneliness: Reaktion Books; 2017.
20. Cacioppo JT, Cacioppo S. The phenotype of loneliness. *European Journal of Developmental Psychology*. 2012;9(4):446-52.
21. Fokkema T, De Jong Gierveld J, Dykstra PA. Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):201-28.
22. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*. 2011;31(8):1368-88.
23. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(1):5-13.
24. Strijk PJ, van Meijel B, Gamel CJ. Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*. 2011;47(1):48-55.
25. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Pivoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*. 2014;33(9):948.
26. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010;40(2):218-27.
27. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):97.
28. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695-718.
29. Brinck-Claussen UO, Curth NK, Davidsen AS, Mikkelsen JH, Lau ME, Lundsteen M, et al. Collaborative care for depression in general practice: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):344.
30. Depressionsforening. Hvad er depression? 2020 [Available from: <https://depressionsforeningen.dk/hvad-er-depression/>].
31. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55(9):875-81.
32. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-48.
33. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014.
34. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058-64.

35. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H. et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
36. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2018. Tal og analyse: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.

6

Somatiske sygdomme og ulykker



I dette kapitel beskrives indikatorer for somatiske sygdomme hos voksne samt tand-sundhed, trafikulykker og faldulykker.

Flere og flere danskere lever i dag med kroniske og langvarige sygdomme. Det skyldes, at vi bliver flere ældre, og at vi lever længere med kroniske og langvarige sygdomme, blandt andet fordi behandlingsmulighederne er blevet bedre. Kroniske og langvarige sygdomme har stor betydning for den enkelte person og er blandt andet forbundet med nedsat funktionsevne, dårlig livskvalitet, og tidlig død. De udgør derfor en stor del af sygdomsbyrden i den danske befolkning. De kroniske og langvarige sygdomme har en stor samfundsøkonomisk betydning i form af funktionsnedsættelse, tabt arbejdskraft og omkostninger til behandling og rehabilitering. Forskelle i forekomst og konsekvens af somatiske sygdomme afhænger blandt andet af den enkelte persons uddannelses-niveau og er derfor et vigtigt fokusområde i forhold til social ulighed i sundhed.

De somatiske sygdomme er valgt ud fra en vurdering af deres sygdomsbyrde^{1,2}. Der menes hermed både, at sygdommene er udvalgt, fordi de er hyppigt forekommende, og at sygdommene har store konsekvenser i form af nedsat funktionsevne, førtidspension og tabte gode leveår. Sygdommene inkluderet i denne rapport er diabetes (type 1 og 2), hjertekarsygdomme (iskæmisk hjertesygdom og cerebrovaskulær sygdom), kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), kræft (bryst, lunge, tyk- og endetarm), muskel-skelet-lidelser, selvrapporterede smerter og ubehag i ryg, nakke og led samt demens. For nogle udvalgte sygdomme (hjertekarsygdomme, KOL og kræft) er der yderligere analyser af konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse, fordi disse sygdomme typisk har store og øjeblikkelige konsekvenser for helbred og funktionsevne.

Forekomst af trafik- og faldulykker står for ca 4 % af sygdomsbyrden. Over 75 % af alle skader sker i hjemmet og/eller i fritiden. Her er det fald blandt ældre, som dominerer de alvorligere skader. Der er tidligere fundet en tydelig association mellem lav indkomst og risiko for fraktur i håndled, overarm og hofter, og den ulighed har ikke forandret sig 1995-2011³.

Forekomsten af de somatiske sygdomme beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte sygdomme i perioderne 2010-2013 og 2014-2017. Forekomsten præsenteres som antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personer. Forekomsten er bestemt for to perioder, og ikke for hvert enkelt år, for at reducere usikkerheden grundet et begrænset antal nye sygdomstilfælde. Hermed bliver der heller ikke lavet et trend test, da der kun indgår to perioder.

Dødelighed blandt personer med sygdom er opgjort i en 5-årig periode efter diagnosen. Mistet beskæftigelse er opgjort for en 4-årig periode efter diagnose blandt personer med sygdom, som var i beskæftigelse året inden diagnosen.

6.1 Diabetes

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover.

Diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau i kroppen på grund af defekter i insulinsekretionen og/eller insulinens virkning⁴. Diabetes er forbundet med en række langtidskomplikationer og alvorlige følgesygdomme⁴. Der er omkring 270.000 personer med diabetes i Danmark. Diabetes inddeles overordnet set i type 1-diabetes og type 2-diabetes, hvoraf type 2-diabetes udgør ca. 90 % af den samlede gruppe⁵. Risikofaktorerne for type 1-diabetes er uklare^{6,7}. For type 2-diabetes findes en lang række kendte risikofaktorer, såsom usund kost, fysisk inaktivitet og svær overvægt, samt blandt andet tobaksforbrug som risikofaktor for udviklingen og progression af langtidskomplikationer, herunder åreforkalkning og hjertekarsygdom^{6,8}.

I de følgende opgørelser bliver der ikke skelnet mellem type 1-diabetes og type 2-diabetes, og de to diabetesformer præsenteres derfor samlet.

Indikatoren diabetes er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret og Lægemedelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 6.1

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der får diabetes (uanset type), fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	573,8		3.544.985	462,2		3.522.529	478,2		3.555.507	
KVINDER	486,8		1.817.075	392,4		1.808.677	402,8		1.823.560	
Grundskole	758,8	2,36*	549.665	627,8	2,37*	503.182	620,1	2,36*	446.400	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	443,9	1,63*	664.310	361,2	1,57*	666.759	418,2	1,68*	667.653	
Videregående uddannelse	251,9	1	531.569	209,8	1	573.950	230,1	1	633.131	
Uoplyst	539,6	2,15*	71.531	504,7	2,50*	64.786	430,8	2,18*	76.376	
<i>SII**</i>	<i>-520,8</i>			<i>-436,0</i>			<i>-465,6</i>			<i>0,06</i>
MÆND	665,4		1.727.910	535,9		1.713.852	557,6		1.731.947	
Grundskole	918,9	1,84*	441.919	756,6	1,89*	411.056	805,5	2,02*	375.896	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	659,4	1,47*	780.365	525,9	1,43*	773.107	568,2	1,48*	765.577	
Videregående uddannelse	421,1	1	445.757	343,6	1	465.637	358,0	1	498.360	
Uoplyst	689,8	1,73*	59.869	637,0	2,13*	64.052	538,5	1,99*	92.114	
<i>SII**</i>	<i>-508,0</i>			<i>-442,1</i>			<i>-516,0</i>			<i>0,70</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.1 viser sammenhængen mellem antallet, der får diabetes, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

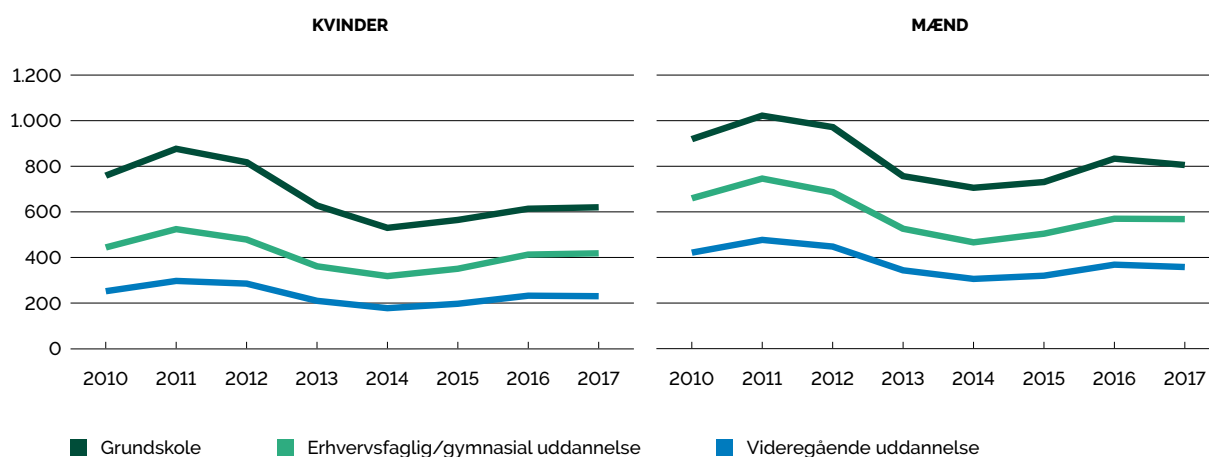
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 620 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 kvinder. Det gælder henholdsvis 418 og 230 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 806 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 mænd. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 568 og 358 nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 466 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 516 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.1

Sammenhængen mellem andelen, der får diabetes og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.1 viser sammenhængen mellem andelen, der får diabetes og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

6.2 Iskæmisk hjertesygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af iskæmisk hjertesygdom.

Iskæmisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme, der skyldes forsnævninger (åreforkalkning) af kranspulsårerne, der forsyner hjertet med blod. Åreforkalkning kan blandt andet medføre hjertekramper (angina pectoris) og blodprop i hjertet. Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigst forekommende hjertekarsygdom i Danmark og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden. Mere end 160.000 danskere lever med iskæmisk hjertesygdom². Hvert år dør over 4.500 personer af iskæmisk hjertesygdom, svarende til 8,9 % af alle dødsfald². Iskæmisk hjertesygdom er forbundet med højere risiko for tidlig død⁹, et øget forbrug af sundhedsydelser og lav beskæftigelse².

Indikatoren iskæmisk hjertesygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.2.1 Incidens

TABEL 6.2.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveauer for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	79.299	625,6		65.494	510,2	
KVINDER	34.896	527,3		26.305	392,4	
Grundskole	15.784	833,7	1,57*	11.174	654,9	1,60*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	435,0	1,25*	9.009	357,2	1,28*
Videregående uddannelse	5.999	294,7	1	5.114	225,9	1
Uoplyst	2.278	1149,0	1,63*	1.008	475,3	1,62*
<i>SII**</i>		<i>-310,0</i>			<i>-258,0</i>	
MÆND	44.403	732,9		39.189	639,1	
Grundskole	14.639	995,7	1,45*	11.986	873,3	1,47*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	703,3	1,26*	17.787	638,9	1,27*
Videregående uddannelse	8.503	520,4	1	8.083	462,2	1
Uoplyst	1.719	977,3	1,39*	1.333	587,9	1,47*
<i>SII**</i>		<i>-371,0</i>			<i>-345,0</i>	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveauer. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom og højest fuldførte uddannelsesniveauer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 655 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 357 og 226 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 873 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 639 og 462 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveauer og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveauer (SII), er henholdsvis 258 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 345 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017.

6.2.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.2.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med iskæmisk hjertesygdom 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	79.299	24,2		11,4	
KVINDER	34.896	26,3		13,0	
Grundskole	15.784	31,7	1,77*	20,4	3,02*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.835	17,4	1,24*	12,7	1,68*
Videregående uddannelse	5.999	12,5	1	7,9	1
Uoplyst	2.278	67,1	2,73*	29,7	4,92*
<i>SII**</i>		<i>-11,1</i>		<i>-16,5</i>	
MÆND	44.403	22,6		10,5	
Grundskole	14.639	28,3	1,64*	15,4	2,62*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	19.542	19,1	1,33*	9,1	1,44*
Videregående uddannelse	8.503	16,1	1	6,5	1
Uoplyst	1.719	47,0	1,84*	25,0	4,81*
<i>SII**</i>		<i>-8,8</i>		<i>-11,9</i>	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.2 viser antallet af nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med iskæmisk hjertesygdom dør 24 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 32 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 17 % og 13 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 28 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 19 % og 16 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant både for kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 11 procentenheder blandt kvinder og 9 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom mister 11 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 20 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 13 % og 8 % blandt kvinder med

erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 15 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 9 % og 7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant både for kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 17 procentenheder blandt kvinder og 12 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.3 Cerebrovaskulær sygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar) pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af cerebrovaskulær sygdom.

Cerebrovaskulær sygdom refererer til en gruppe af sygdomme, der rammer blodforsyningen til hjernen. Den hyppigste cerebrovaskulære sygdom er apopleksi, også kaldet slagtilfælde, som dækker over både blodpropper og blødninger i hjernen. Apopleksi rammer årligt 15.000 danskere. Hvert år dør over 3.500 personer af apopleksi, svarende til 6,8 % af alle dødsfald², og er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark. Cerebrovaskulær sygdom er årsag til tab af arbejds- og funktionsevne, højt forbrug af sundhedsydelse og tidlig død².

Indikatoren cerebrovaskulær sygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.3.1 Incidens

TABEL 6.3.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af cerebrovaskulær sygdom fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	75.873	585,8		74.254	566,6	
KVINDER	37.041	555,0		35.455	525,1	
Grundskole	17.356	899,6	1,42*	15.696	904,6	1,36*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.850	433,2	1,20*	11.597	457,3	1,18*
Videregående uddannelse	5.951	291,8	1	6.745	297,5	1
Uoplyst	2.884	1435,0	1,34*	1.417	661,3	1,26*
<i>SII**</i>		-245,0			-223,0	
MÆND	38.832	618,5		38.799	610,7	
Grundskole	13.496	871,2	1,37*	12.324	852,3	1,32*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16.434	571,4	1,21*	17.227	597,1	1,19*
Videregående uddannelse	7.188	430,3	1	8.068	451,2	1
Uoplyst	1.714	936,6	1,28*	1.180	505,2	1,18*
<i>SII**</i>		262,0			240,0	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014- 2017 905 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 457 og 298 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 852 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 597 og 451 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 223 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 240 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.3.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.3.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med cerebrovaskulær sygdom, 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	75.873	35,4		21,2	
KVINDER	37.041	36,9		22,5	
Grundskole	17.356	41,7	1,60*	33,7	2,76*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.850	27,4	1,24*	22,6	1,60*
Videregående uddannelse	5.951	21,4	1	15,4	1
Uoplyst	2.884	76,0	2,44*	34,9	2,90*
<i>SII**</i>		<i>-11,9</i>		<i>-23,2</i>	
MÆND	38.832	34,0		20,1	
Grundskole	13.496	39,5	1,61*	29,8	3,77*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16.434	30,0	1,32*	19,9	2,22*
Videregående uddannelse	7.188	26,1	1	10,0	1
Uoplyst	1.714	62,0	1,95*	30,5	3,88*
<i>SII**</i>		<i>-11,4</i>		<i>-26,0</i>	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.2 viser antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom dør 35 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 42 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 27 % og 21 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 40 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 30 % og 26 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 12 procentenheder blandt kvinder og 11 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en cerebrovaskulær sygdom mister 21 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 34 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 23 % og 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 30 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 20 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 23 procentenheder blandt kvinder og 26 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af KOL.

KOL (Kronisk obstruktiv lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres, slimproduktionen i lungerne øges på grund af en kronisk inflammationstilstand og lungevævet nedbrydes^{10, 11}. Dette medfører gradvis tab af lungefunktion og kommer til udtryk ved åndenød, hoste, slim og hyppige lungeinfektioner¹¹. KOL udvikler sig typisk over lang tid og kan forekomme i forskellige sværhedsgrader¹². KOL opstår i et kompleks samspil mellem risikofaktorer, miljømæssige påvirkninger og genetik. Dog er tobaksrygning ansvarlig for mindst 85 % af tilfældene¹¹.

KOL er hyppigt forekommende i Danmark med en prævalens, der er blandt de højeste i den vestlige verden¹³. Omkring 400.000 danskere anslås at have KOL, men da sygdommen ofte diagnosticeres i et fremskredent stadie, er det kun ca. halvdelen, der har fået diagnosen^{13, 14}. Hvert år dør over 3.000 personer af KOL, svarende til 6,4 % af alle dødsfald², og er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark^{2, 15}.

KOL har store samfundsøkonomiske og personlige omkostninger; blandt andet er KOL forbundet med flere kontakter til sundhedsvæsenet, et højere medicinforbrug og langvarige sygdomsforløb med nedsat funktionsevne og livskvalitet^{10, 16}.

Indikatoren KOL er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.4.1 Incidens

TABEL 6.4.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	72.515	551,1		71.923	540,1	
KVINDER	36.098	534,9		35.467	519,8	
Grundskole	18.884	969,0	2,26*	17.576	1.003,0	2,27*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.556	417,5	1,55*	11.271	439,7	1,52*
Videregående uddannelse	4.601	223,7	1	5.286	230,9	1
Uoplyst	2.057	964,0	1,93*	1.334	610,3	1,92*
<i>SII**</i>		<i>-541,0</i>			<i>-569,0</i>	
MÆND	36.417	568,0		36.456	561,6	
Grundskole	14.732	932,3	2,17*	13.986	948,4	2,20*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14.993	510,2	1,59*	15.643	529,8	1,59*
Videregående uddannelse	4.998	293,1	1	5.525	302,0	1
Uoplyst	1.694	903,8	1,93*	1.302	552,8	1,94*
<i>SII**</i>		<i>-568,0</i>			<i>-607,0</i>	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveauer. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af KOL og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 1.003 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 440 og 231 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 948 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 530 og 302 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveauer (SII), er henholdsvis 569 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 607 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.4.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.4.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med KOL 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	72.515	47,7		23,2	
KVINDER	36.098	44,7		22,7	
Grundskole	18.884	48,7	1,39*	30,9	2,22*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.556	37,1	1,14*	21,4	1,37*
Videregående uddannelse	4.601	32,8	1	16,5	1
Uoplyst	2.057	73,9	1,82*	31,1	2,25*
<i>SII**</i>		-9,9		-18,9	
MÆND	36.417	50,6		23,8	
Grundskole	14.732	53,5	1,28*	28,5	1,80*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14.993	47,4	1,13*	22,9	1,35*
Videregående uddannelse	4.998	45,9	1	18,0	1
Uoplyst	1.694	66,8	1,44*	28,9	1,84*
<i>SII**</i>		-6,9		-13,6	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.2 viser antallet af nye tilfælde af KOL (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med KOL dør 48 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 49 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 37 % og 33 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole som uddannelsesniveau er der 54 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 47 % og 46 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 10 procentenheder blandt kvinder og 7 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en KOL mister 23 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 31 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 21 % og 17 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial

uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 29 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 23 % og 18 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 19 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med KOL ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.5 Brystkræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye sygdomstilfælde af brystkræft per 100.000 personer for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af brystkræft.

Brystkræft er den hyppigst forekommende kræftsygdom blandt kvinder¹⁷. Brystkræft er meget sjælden blandt mænd¹⁸, og resultaterne i denne rapport er derfor kun blandt kvinder.

Brystkræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark² både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage². Mere end 20.000 kvinder lever med brystkræft. Hvert år dør over 1.100 kvinder af brystkræft, svarende til 4,4 % af alle dødsfald blandt kvinder². Siden 2009 er alle kvinder i alderen 50-69 år blevet tilbudt undersøgelse for brystkræft.

Indikatoren brystkræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.5.1 Incidens

TABEL 6.5.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af brystkræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	18.774	276,6		18.720	272,5	
Grundskole	6.462	321,9	0,90*	5.618	309,4	0,85*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.779	268,3	0,97	7.020	273,6	0,94*
Videregående uddannelse	5.023	246,6	1	5.677	250,4	1
Uoplyst	510	235,5	0,67*	405	182,4	0,71*
<i>SII**</i>		<i>45,8</i>			<i>68,0</i>	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af brystkræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 309 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 274 og 250 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personer er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det skal bemærkes at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Det er det, som man kan kalde omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 68 pr. 100.000 kvinder i perioden 2014-2017.

6.5.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.5.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover med brystkræft 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	18.774	19,3		9,3	
Grundskole	6.462	26,7	1,84*	18,2	3,48*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.779	16,1	1,42*	9,7	1,66*
Videregående uddannelse	5.023	10,8	1	6,1	1
Uoplyst	510	53,7	2,66*		
<i>SII**</i>		-10,5		-13,7	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.2 viser antallet af nye tilfælde af brystkræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder på 30 år eller derover.

Blandt kvinder med brystkræft dør 19 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 27 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 16 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem kvinder med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 11 procentenheder.

Blandt kvinder med brystkræft mister 9 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 18 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 10 % og 6 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 14 procentenheder.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 kvinder, således at antallet af nye tilfælde er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau, dvs. omvendt social ulighed. Blandt kvinder med brystkræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

6.6 Lungekræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af lungekræft for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af lungekræft.

Lungekræft er en hyppig kræftsygdom blandt både kvinder og mænd. Sygdommen opdages ofte i et stadie, hvor den er spredt, og prognosen er derfor ofte dårlig¹⁷, hvilket betyder, at sygdommen ofte er dødelig. Hvert år dør over 3.600 personer af lungekræft, svarende til 7 % af alle dødsfald². Lungekræft er dermed en af de hyppigste dødsårsager generelt og den hyppigste kræft-dødsårsag i Danmark¹⁹.

Langt hovedparten af alle tilfælde af lungekræft kan tilskrives tobaksrygning, men også andre stoffer i inde- og udemiljøet har betydning¹⁷. Lungekræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark², både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage². Det er tidligere vist, at kvinder og mænd med et lavt uddannelsesniveau har en højere risiko for lungekræft, og at overlevelsen efter diagnose er bedre hos kvinder og mænd med et højt uddannelsesniveau end blandt kvinder og mænd med et lavt uddannelsesniveau²⁰.

Indikatoren lungekræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.6.1 Incidens

TABEL 6.6.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af lungekræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	19.361	142,2		19.888	143,8	
KVINDER	9.227	131,9		9.585	135,0	
Grundskole	5.060	243,4	2,44*	4.794	253,7	2,40*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	2.802	107,8	1,64*	3.225	121,6	1,61*
Videregående uddannelse	1.120	53,6	1	1.369	58,7	1
Uoplyst	245	109,2	1,52*	197	86,8	1,54*
<i>SII**</i>		-150,0			-162,0	
MÆND	10.134	153,1		10.303	153,1	
Grundskole	4.146	248,6	2,19*	4.032	257,0	2,33*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.361	144,3	1,72*	4.541	148,7	1,70*
Videregående uddannelse	1.299	75,0	1	1.443	77,4	1
Uoplyst	328	167,3	1,72*	287	118,0	1,84*
<i>SII**</i>		-148,0			-175,0	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (incidensrate) og IRR (incidensrate ratio) af lungekræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Tabel 6.6.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af lungekræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 254 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 122 og 59 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 257 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 149 og 77 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 162 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 175 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.6.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.6.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt efter højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med lungekræft i perioden 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	19.361	83,0		39,5	
KVINDER	9.227	81,4		37,4	
Grundskole	5.060	83,2	1,23*	51,7	2,92*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	2.802	79,3	1,10	36,0	1,55*
Videregående uddannelse	1.120	76,7	1	26,0	1
Uoplyst	245	88,9	1,57*		
<i>SII**</i>		-4,7		-33,0	
MÆND	10.134	84,5		42,2	
Grundskole	4.146	86,8	1,44*	50,4	2,05*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.361	83,0	1,16	40,3	1,36
Videregående uddannelse	1.299	81,5	1	32,8	1
Uoplyst	328	86,5	1,23		
<i>SII**</i>		-6,5		-23,0	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.6.2 viser antallet af nye tilfælde af lungekræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med lungekræft dør 83 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 83 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 79 % og 77 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 87 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 83 % og 82 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 5 procentenheder blandt kvinder og 7 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en lungekræft mister 40 % beskæftigelse i årene efter diagnosen.

Blandt kvinder med grundskole er der 52 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 36 % og 26 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 50 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 40 % og 33 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 33 procentenheder blandt kvinder og 23 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med lungekræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.7 Tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft for personer på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og henholdsvis dødelighed mistet beskæftigelse efter diagnose af tyk- og endetarmskræft.

Tyk- og endetarmskræft er en hyppig kræftform for både kvinder og mænd¹⁷ og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark², både målt ved forøget dødelighed, tabte leveår, kontakter til primær- og sekundærsektoren, tilkendelse af førtidspension og sygedage². Hvert år dør næsten 2.000 personer af tyk- og endetarmskræft, svarende til 3,7 % af alle dødsfald². Siden 2014 har der været et nationalt screeningsprogram for personer i alderen 50-74 år, som har til formål at opdage tyk- og endetarmskræft i tidligere stadier for derved at nedbringe dødeligheden.

Indikatoren tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.7.1 Incidens

TABEL 6.7.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR) og IRR (incidensrate ratio) af tyk- og endetarmskræft fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau for kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

	2010-2013			2014-2017		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000	IRR [§]
ALLE	28.105	207,8		32.991	240,4	
KVINDER	12.532	180,4		14.345	203,5	
Grundskole	5.846	283,8	1,30*	6.197	331,8	1,31*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.999	154,6	1,23*	4.928	187,1	1,15*
Videregående uddannelse	2.068	99,34	1	2.855	122,9	1
Uoplyst	619	281,0	1,11*	365	162,3	1,01
<i>SII**</i>		<i>-55,4</i>			<i>-75,8</i>	
MÆND	15.573	236,9		18.646	279,4	
Grundskole	5.270	318,6	1,23*	5.774	371,9	1,24*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.862	228,5	1,21*	8.520	281,4	1,19*
Videregående uddannelse	2.915	169,2	1	3.887	210,0	1
Uoplyst	526	270,9	1,09	465	192,2	1,07
<i>SII**</i>		<i>-61,1</i>			<i>-83,4</i>	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2010-2013 og 2014-2017.

Blandt kvinder med grundskole er der i perioden 2014-2017 332 nye sygdomstilfælde pr. 100.000 kvinder, mens der er henholdsvis 187 og 123 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i perioden 2014-2017 372 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, mens der er henholdsvis 281 og 210 nye tilfælde pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og en videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 76 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 83 pr. 100.000 personer blandt mænd i perioden 2014-2017.

6.7.2 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.7.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse (andel i % og OR) fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med tyk- og endetarmskræft i perioden 2010-2013.

	2010-2013				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	28.105	63,1		23,6	
KVINDER	12.532	60,9		20,2	
Grundskole	5.846	64,7	1,25*	29,3	2,54*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.999	56,3	1,06	21,1	1,65*
Videregående uddannelse	2.068	53,5	1	13,9	1
Uoplyst	619	80,1	1,56*		
<i>SII**</i>		-8,5		-20,4	
MÆND	15.573	64,8		26,3	
Grundskole	5.270	69,5	1,42*	36,7	3,03*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6.862	62,4	1,13*	26,4	1,88*
Videregående uddannelse	2.915	59,8	1	16,0	1
Uoplyst	526	76,8	1,59*		
<i>SII**</i>		-11,0		-27,5	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.2 viser antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft (i 2010-2013) og sammenhængen mellem henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med tyk- og endetarmskræft dør 63 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 65 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 56 % og 54 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 70 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 62 % og 60 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 9 procentenheder blandt kvinder og 11 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en tyk- og endetarmskræft mister 24 % beskæftigelse i årene efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 29 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 21 % og 14 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 37 %, der mister beskæftigelsen i årene efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 26 % og 16 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der mister beskæftigelse, statistisk signifikant blandt både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 20 procentenheder blandt kvinder og 28 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd, således at antallet af nye tilfælde er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse, således at andelen er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.8 Muskel-skelet-lidelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet af nye tilfælde af indlæggelser for muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer, samt andelen af personer, der har muskel-skelet-smerter, for personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-lidelser er en betegnelse for sygdomme og tilstande, der er relateret til knogler, led og muskler og ofte er karakteriseret ved smerte og nedsat fysisk funktion. Der findes mange sygdomme og sygdomstilstande inden for muskel-skelet-lidelser, hvoraf de hyppigst forekommende er slidgigt (artrose) og leddegigt, rygsygdomme som diskusprolaps samt knogleskørhed (osteoporose). Smerter kan optræde i nakke og ryg samt kroppens led, typisk skuldre, albuer, hånd- og fingerled samt hofte- og knæled. Globalt set er disse sygdomme blandt de sygdomme, der har den største folkesundhedsmæssige belastning²¹. I Danmark er muskel-skelet-lidelser blandt de mest hyppige²². En gennemsnitlig dansker mister syv gode leveår som følge af smerter samt funktionsbegrænsning i muskler og led²³. Desuden er muskel- og skeletlidelser forbundet med store samfundsmæssige omkostninger²⁴.

Ingen symptomer er så hyppige i den danske befolkning som smerter i ryg, nakke og led. Ca. 30 % af befolkningen har betydelige besvær med dette. Smerter i ryg, nakke og led påvirker i høj grad livskvalitet og arbejdsevne. Muskel-skeletale symptomer og lidelser står for 12 % af sygdomsbyrden i Danmark.

Indikatoren muskel-skelet-lidelser er delt i to i denne rapport. Indikatoren muskel-skelet-diagnoser er i denne rapport beskrevet på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren selvrapporeret muskel-skelet-smerter er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.8.1 Muskel-skelet-diagnoser

TABEL 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	3.188,2		2.238.999	3.352,6		2.100.796	2.771,6		1.963.840	
KVINDER	3.576,8		1.114.810	3.768,4		1.035.436	3.087,2		953.127	
Grundskole	4.247,5	1,14*	298.973	4.550,3	1,16*	248.445	3.849,5	1,23*	191.610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3.551,8	1,10*	412.637	3.873,6	1,13*	380.728	3.310,1	1,20*	337.487	
Videregående uddannelse	3.066,4	1	358.856	3.189,4	1	362.111	2.540,6	1	365.736	
Uoplyst	3.416,5	0,95	44.344	3.209,4	0,97	44.152	2.720,7	1,17*	58.294	
SII**	-622,1			-786,0			-918,3			< 0,01
MÆND	2.802,9		1.124.189	2.948,6		1.065.360	2.473,9		1.010.713	
Grundskole	3.071,2	1,15*	268.784	3.284,0	1,18*	237.152	2.828,3	1,23*	199.872	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2.891,0	1,15*	498.512	3.085,4	1,18*	467.042	2.631,1	1,22*	424.495	
Videregående uddannelse	2.459,0	1	313.341	2.557,0	1	311.923	2.074,2	1	311.350	
Uoplyst	2.613,0	1,01	43.552	2.516,1	1,02	49.243	2.298,8	1,26*	74.996	
SII**	-531,6			-684,3			-745,0			0,26

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveaue. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

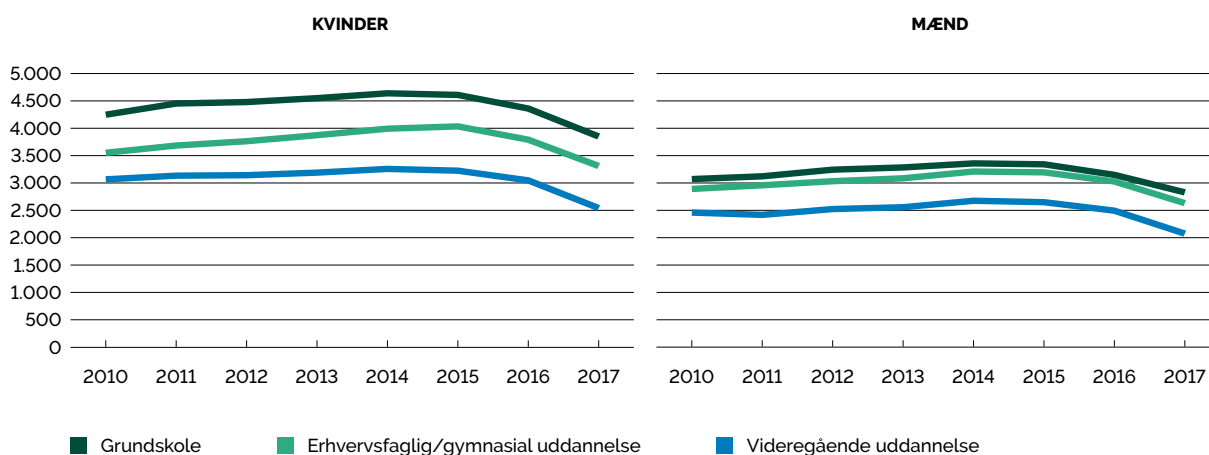
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 3.850 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, der får muskel-skelet-diagnoser. Det gælder 3.310 og 2.541 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 2.828 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, der får muskel-skelet-diagnoser. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 2.631 og 2.074 nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveaue og antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer statistisk signifikant for både kvinder og mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveaue.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 918 pr. 100.000 personer blandt kvinder og 745 pr. 100.000 personer blandt mænd i 2017. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.8.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017. Blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

6.8.2 Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

TABEL 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, ρ -værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	28,0		146.284	28,5		133.260	31,0		147.763	
KVINDER	32,7		78.357	33,2		71.204	35,4		79.071	
Grundskole	42,9	2,28*	20.927	44,5	2,29*	17.730	45,1	2,20*	17.320	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	32,3	1,55*	30.168	33,5	1,52*	27.337	36,8	1,60*	30.647	
Videregående uddannelse	23,2	1	25.684	24,5	1	24.848	26,5	1	29.384	
Uoplyst	46,2	2,22*	1.578	39,6	1,80*	1.289	36,8	1,61*	1.720	
<i>SII**</i>	-21,7			-21,6			-22,8			0,33
MÆND	23,2		67.927	23,6		62.056	26,5		68.692	
Grundskole	30,6	2,24*	15.398	31,7	2,27*	13.277	34,4	2,28*	13.717	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,9	1,65*	31.861	24,7	1,64*	29.188	27,8	1,70*	31.913	
Videregående uddannelse	15,6	1	19.320	16,3	1	18.386	18,3	1	21.361	
Uoplyst	34,1	2,61*	1.348	29,3	2,13*	1.205	30,4	2,01*	1.701	
<i>SII**</i>	-16,5			-17,1			-20,1			0,18

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

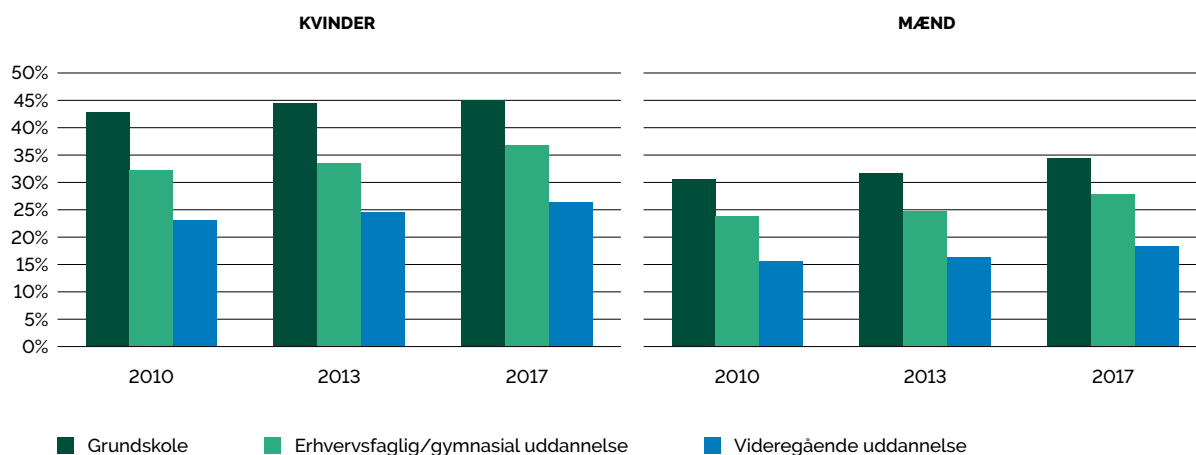
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 45 %, der har muskel-skelet-smerter. Det gælder 37 % og 27 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Det samme mønster ses for mænd, hvor der i 2017 er 34 %, der har muskel-skelet-smerter, blandt mænd med grundskole. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 28 % og 18 % i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har muskel-skelet-smerter, statistisk signifikant, både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 23 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 6.8.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har muskel-skelet-smerter, både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har muskel-skelet-smerter, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden.

6.9 Demens

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er behandlet for demens, for personer på 65 år eller derover.

Det anslås, at der er omkring 82.000 personer på 65 år eller derover med demens i Danmark, og på grund af den demografiske udvikling er antallet stigende²⁵. Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande, der karakteriseres ved vedvarende og progressiv svækkelse af de kognitive funktioner. De fleste personer med demens får hukommelsesbesvær, men andre kognitive færdigheder kan også blive påvirket; for eksempel sprog, koncentration, stedsans, overblik, situationsfornemmelse og praktiske færdigheder. Personer med demens vil typisk have en markant svækket evne til at indgå i sociale sammenhænge.

Alzheimer er den mest udbredte demenssygdom og udgør 60-70 % af demens-tilfældene i Danmark. Den næstehyppigste demenssygdom er vaskulær demens, det vil sige demens forårsaget af åreforkalkning og tidligere blodpropper i hjernen eller hjerneblødning. Derudover findes en række andre degenererende og irreversible demenssygdomme i hjernen. Hvert år dør over 3.000 personer af demens, svarende til 5,9 % af alle dødsfald². Demens er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark, og de årlige direkte omkostninger forbundet med demens anslås til 10 milliarder kroner²⁶.

Den væsentligste risikofaktor for at udvikle demens er høj alder, men rygning, forhøjet blodtryk og type 2-diabetes er også kendte risikofaktorer. Der er flere kvinder end mænd, som får en demenssygdom²⁷. Dette kan skyldes, at kvinder har en højere middellevetid²⁵.

Indikatoren demens er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	897,4		876.277	912,8		969.667	697,0		1.059.253	
KVINDER	962,6		486.196	944,6		529.314	694,5		572.089	
Grundskole	963,7	1,16*	248.415	1.067,9	1,10*	252.077	930,9	1,32*	240.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	709,8	1,16*	132.998	751,2	1,10	165.335	518,8	1,11	199.309	
Videregående uddannelse	578,9	1	66.164	646,2	1	87.591	421,8	1	118.072	
Uoplyst	2.483,2	1,19*	38.619	2.056,7	1,08	24.311	1.409,0	1,38*	14.620	
SII**	-94,9			-71,0			-252,4			0,09
MÆND	816,2		390.081	874,5		440.353	700,0		487.164	
Grundskole	834,2	1,05	144.202	963,1	1,06	148.163	935,3	1,30*	143.806	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	716,3	1,10	152.719	832,2	1,15*	184.082	624,5	1,13*	216.344	
Videregående uddannelse	645,1	1	73.473	702,1	1	93.863	537,4	1	116.115	
Uoplyst	2.097,8	1,23*	19.687	1.635,7	1,15	14.245	825,8	0,98	10.899	
SII**	-14,7			-13,2			-249,6			0,02

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.9 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 931 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder, der får demens. Det gælder 519 og 422 nye tilfælde pr. 100.000 blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 935 nye tilfælde pr. 100.000 mænd, der får demens. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis for 625 og 537 nye tilfælde pr. 100.000 mænd i 2017.

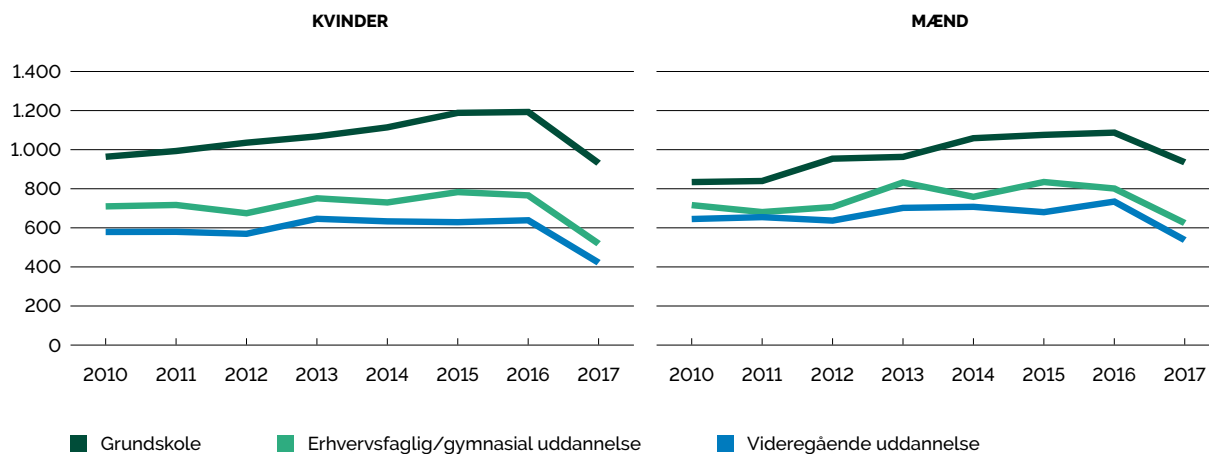
Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der får demens, statistisk signifikant blandt kvinder i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der får demens, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der får demens, i 2017, mens der i 2010 og 2013 ikke ses en statistisk signifikant sammenhæng. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 252 pr. 100.000 blandt kvinder og 250 pr. 100.000 blandt mænd i 2017.

Blandt kvinder ses der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

FIGUR 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.9 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i perioden 2010-2017, således at antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Blandt mænd ses der kun social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer i dele af perioden. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden.

6.10 Multisygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har henholdsvis to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme for personer på 30 år og derover.

Multisygdom kan være en udfordring for både den enkelte person og for sundhedsvæsenet^{28, 29}. Undersøgelser viser, at multisygdom blandt andet er forbundet med større risiko for tidlig død^{30, 31}, et øget forbrug af sundhedsydelser³², dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktionsevne³³, og som følge heraf lav beskæftigelse³⁴. Derved er multisygdom også forbundet med store økonomiske konsekvenser for samfundet²⁹.

Multisygdom kan beskrives ved brug af forskellige mål, herunder antal sygdomme (typisk to eller flere)^{31, 32, 35, 36}, kombinationer af specifikke sygdomme³⁷ og klynger af sygdomme^{33, 38, 39}. Opgørelsen af, hvor mange der har multisygdom, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom, samt om tilstande som forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol medtages. Desuden har det væsentlig betydning, om man benytter selvrapporterede data eller registerdata til at belyse sygdomsforekomsten.

Indikatorerne to eller flere sygdomme og fire eller flere sygdomme er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret, Det Centrale Psykiatriregister og Lægemiddelstatistikregistret. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 3.

6.10.1 To eller flere sygdomme

TABEL 6.10.1

Andel, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	25,1		3.544.985	27,2		3.584.959	30,1		3.672.411	
KVINDER	28,3		1.817.075	30,5		1.836.442	33,6		1.875.655	
Grundskole	39,8	1,62*	549.665	44,0	1,67*	515.544	49,0	1,72*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	24,8	1,23*	664.310	28,2	1,25*	676.288	33,1	1,27*	686.315	
Videregående uddannelse	18,8	1	531.569	20,9	1	578.754	24,2	1	643.287	
Uoplyst	43,1	1,21*	71.531	32,8	1,07*	65.856	22,2	0,88*	78.609	
SII**	-12,0			-13,5			-15,0			< 0,01
MÆND	21,8		1.727.910	23,7		1.748.517	26,4		1.796.756	
Grundskole	29,4	1,63*	441.919	32,3	1,69*	422.891	36,1	1,71*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	20,6	1,31*	780.365	23,1	1,32*	788.789	26,9	1,32*	794.847	
Videregående uddannelse	15,7	1	445.757	17,3	1	471.557	20,2	1	509.929	
Uoplyst	27,0	1,24*	59.869	20,4	1,15*	65.280	15,0	0,99	94.892	
SII**	-9,6			-11,0			-12,0			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.10.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

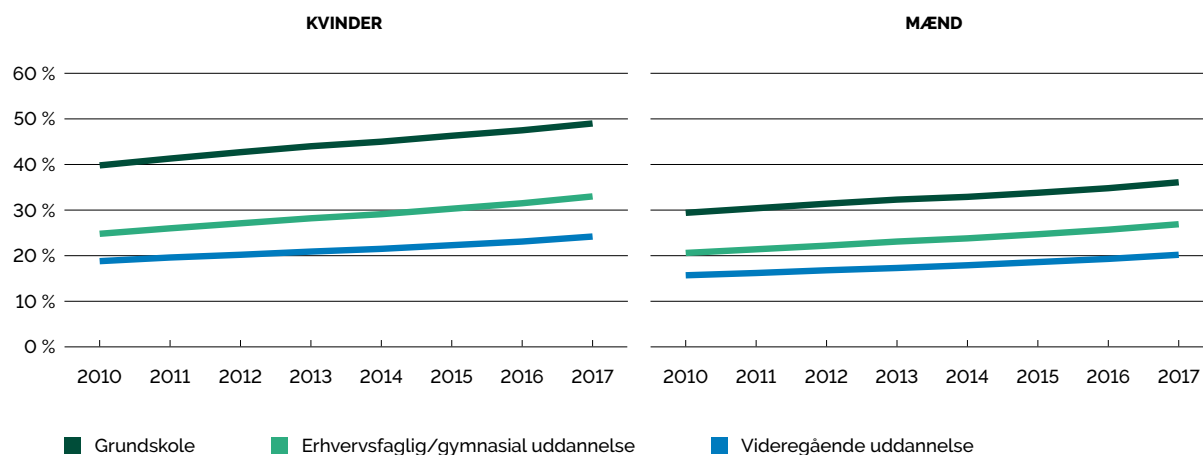
Blandt kvinder med grundskole er der i 2017 49 %, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 33 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 24 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 36 %, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 27 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 20 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 15 procentenheder blandt kvinder og 12 procentenheder blandt mænd i 2017. Der er en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

FIGUR 6.10.1

Andel, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.10.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

6.10.2 Fire eller flere sygdomme

TABEL 6.10.2

Andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010-2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	7,6		3.544.985	8,6		3.584.959	10,1		3.672.411	
KVINDER	9,1		1.817.075	10,2		1.836.442	11,7		1.875.655	
Grundskole	14,9	1,83*	549.665	17,6	1,89*	515.544	21,0	1,95*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,0	1,33*	664.310	8,6	1,34*	676.288	10,8	1,36*	686.315	
Videregående uddannelse	4,5	1	531.569	5,3	1	578.754	6,5	1	643.287	
Uoplyst	18,4	1,45*	71.531	13,4	1,34*	65.856	7,9	1,17*	78.609	
SII**	-5,8			-7,2			-8,8			< 0,01
MÆND	6,0		1.727.910	6,9		1.748.517	8,3		1.796.756	
Grundskole	9,2	1,74*	441.919	10,8	1,78*	422.891	13,0	1,82*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,4	1,38*	780.365	6,5	1,38*	788.789	8,3	1,39*	794.847	
Videregående uddannelse	3,6	1	445.757	4,3	1	471.557	5,4	1	509.929	
Uoplyst	9,3	1,41*	59.869	6,8	1,37*	65.280	4,7	1,29*	94.892	
SII**	-3,7			-4,5			-5,7			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.10.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

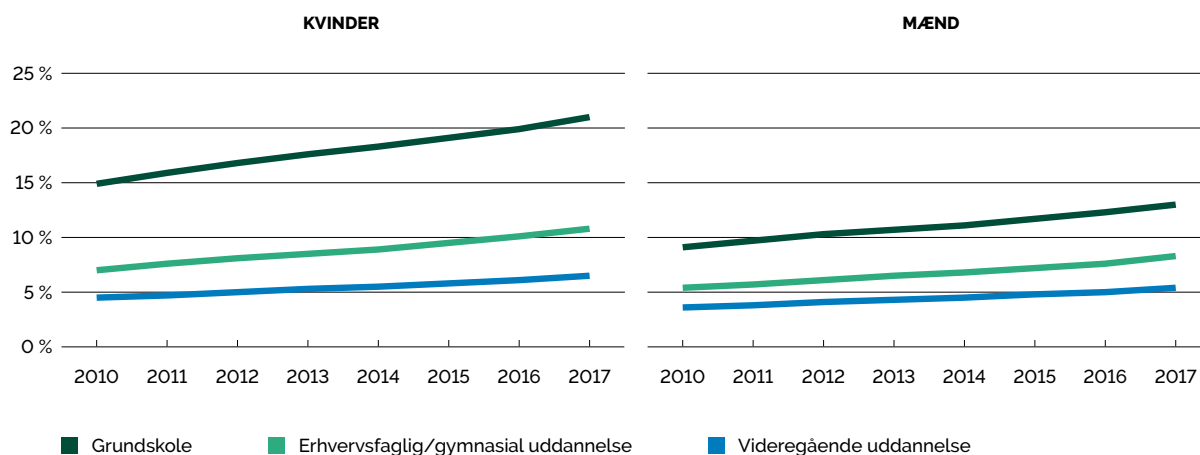
Blandt kvinder med grundskole er der i 2017 21 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 7 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 13 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder for 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 5 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 9 procentenheder blandt kvinder og 6 procentenheder blandt mænd i 2017. Der er en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

FIGUR 6.10.2

Andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.10.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017, således at andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 både blandt kvinder og blandt mænd.

6.11 Tandsundhed hos voksne

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har 20 eller flere naturlige tænder, for personer på 30 år eller derover.

Tand- og mundsundhed betragtes i dag som en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets livskvalitet og funktionsevne^{40, 41}. Sygdomme i tænder og mund og de eventuelt medfølgende smerter eller ubehag kan have en negativ sammenhæng med vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse⁴², mentalt helbred⁴³ og sociale relationer⁴¹. Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe arbejde eller skole⁴¹. Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentlige sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling, og god tand- og mundsundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse⁴⁴.

Indikatoren tandsundhed hos voksne er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	79,3		12.525	81,4		11.549	82,0		10.788	
KVINDER	78,5		6.707	80,8		6.308	82,0		5.814	
Grundskole	57,4	0,22*	1.750	59,5	0,24*	1.500	62,0	0,22*	1.221	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	83,9	0,52*	2.590	84,8	0,57*	2.417	85,6	0,58*	2.205	
Videregående uddannelse	92,8	1	2.229	93,0	1	2.272	93,9	1	2.279	
Uoplyst	49,6	0,21*	138	64,7	0,15*	119	74,3	0,15*	109	
<i>SII**</i>	26,4			23,7			24,7			0,62
MÆND	80,2		5.818	82,0		5.241	82,1		4.974	
Grundskole	63,4	0,21*	1.273	62,4	0,20*	1.039	65,9	0,16*	946	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,8	0,45*	2.672	84,0	0,50*	2.506	83,5	0,34*	2.265	
Videregående uddannelse	91,8	1	1.751	92,3	1	1.612	94,3	1	1.642	
Uoplyst	64,4	0,30*	122	65,1	0,13*	84	68,0	0,10*	121	
<i>SII**</i>	25,6			24,6			27,7			0,49

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har 20 eller flere naturlige tænder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.11 viser sammenhængen mellem andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

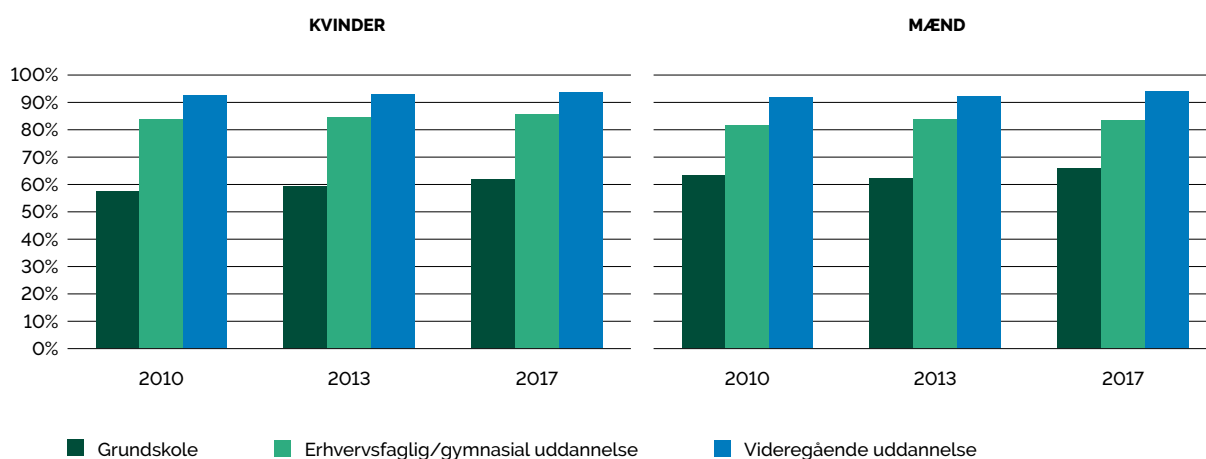
Blandt kvinder med grundskole er der 62 %, der har 20 eller flere naturlige tænder i 2017. Det gælder henholdsvis 86 % og 94 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 66 %, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det gælder henholdsvis 84 % og 94 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, statistisk signifikant. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 25 procentenheder blandt kvinder og 28 procentenheder blandt mænd i 2017. Både blandt kvinder og blandt mænd gælder det, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 6.11 viser sammenhængen mellem andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, således at andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

6.12 Trafikulykker

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har været involveret i en trafikulykke, for personer på 30 år eller derover.

Trafikulykker er årligt årsag til omkring 200 dræbte og godt 30.000 sygehusbehandlede tilskadekomne^{45, 46}. Blandt de dræbte er knap halvdelen i personbil (knap 100), og en tredjedel er fordelt på cykler, motorcykler og fodgængere (ca. 70). Blandt de tilskadekomne er halvdelen cykler (ca. 15.000), en tredjedel i personbil (ca. 10.000) og ca. 600 fodgængere. Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder bliver dræbt i trafikken, mens der blandt de lettere tilskadekomne er næsten lige mange kvinder og mænd. Trafikulykker rammer især de yngre og er dermed årsag til mange tabte leveår, knap 3.000 årligt⁴⁷.

Indikatoren trafikulykker er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.12

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	542,6		3.544.985	479,4		3.584.959	475,5		3.672.411	
KVINDER	498,2		1.817.075	422,5		1.836.442	446,6		1.875.655	
Grundskole	417,5	0,93*	549.665	353,0	0,93*	515.544	382,7	0,94	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	529,4	0,98	664.310	433,1	0,95	676.288	456,1	0,98	686.315	
Videregående uddannelse	569,6	1	531.569	486,9	1	578.754	496,4	1	643.287	
Uoplyst	297,8	0,78*	71.531	291,5	0,71*	65.856	337,1	0,67*	78.609	
<i>SII**</i>	<i>45,0</i>			<i>41,6</i>			<i>29,7</i>			<i>0,51</i>
MÆND	589,3		1.727.910	539,1		1.748.517	505,6		1.796.756	
Grundskole	670,0	1,35*	441.919	563,5	1,14*	422.891	565,9	1,20*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	561,0	1,04	780.365	517,8	0,97	788.789	466,9	0,94*	794.847	
Videregående uddannelse	560,2	1	445.757	552,6	1	471.557	517,7	1	509.929	
Uoplyst	579,6	1,10	59.869	540,7	0,96	65.280	513,2	0,90*	94.892	
<i>SII**</i>	<i>-240,0</i>			<i>-89,4</i>			<i>-107,0</i>			<i>0,04</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.12 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

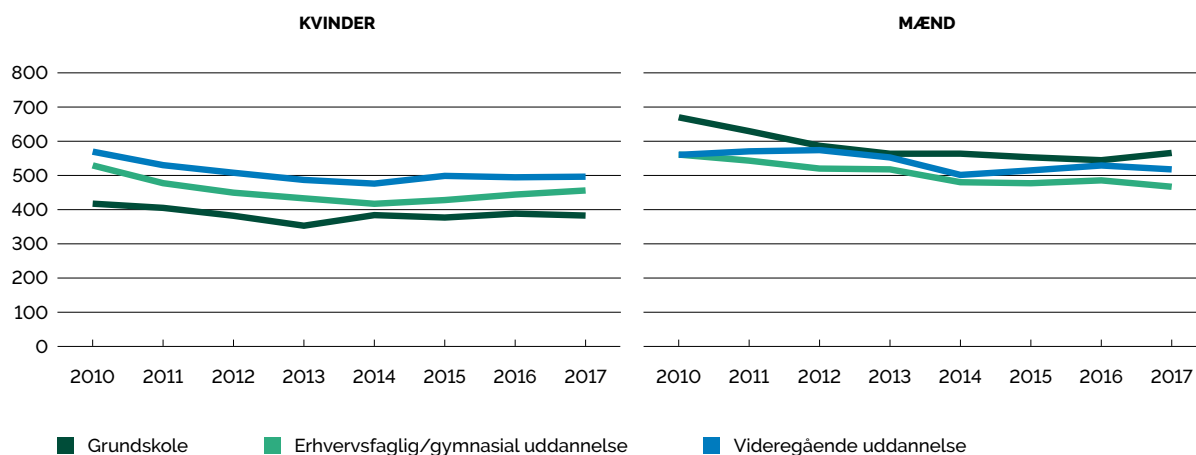
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 383 pr. 100.000 kvinder, der kommer til skade ved en trafikulykke. Det gælder henholdsvis 456 og 496 pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 566 pr. 100.000 mænd, der kommer til skade ved en trafikulykke. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 467 og 518, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke blandt kvinder pr. 100.000 personer statistisk signifikant i 2010 og 2013, men ikke i 2017. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer for alle tre år. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer overordnet set er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke, pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 107 pr. 100.000 blandt mænd i 2017. Blandt mænd ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed.

FIGUR 6.12

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en trafikulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.12 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en trafikulykke og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en trafikulykke. Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved trafikulykker, således at antallet, der kommer til skade ved trafikulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

6.13 Faldulykker

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har haft en faldulykke, for personer på 65 år eller derover.

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype for personer på 65 år eller derover. Faldulykkernes andel af hjemme- og fritidsulykker i aldersgruppen stiger fra knap 60 % blandt 65-74-årige til 90 % blandt personer på 85 år eller derover. Med stigende alder fører faldulykker desuden oftere til knoglebrud, og særligt blandt kvinder er risikoen for hoftenære frakturer stor. Knogleskørhed (osteoporose) og fysisk inaktivitet er en medvirkende faktor til disse frakturer. Dødsfald blandt ældre som følge af fald er over 500 årligt^{48, 49}. Der er 44.000 ekstra årlige indlæggelser i forbindelse med faldulykker⁴⁷, og blandt personer på 65 år eller derover er hver femte indlæggelse relateret til en faldulykke. Faldulykker, der medfører hoftenære frakturer, fører ofte til nedsat førlighed og dermed betydelige udgifter til hjemmehjælp og andre offentlige ydelser⁴⁷.

Indikatoren faldulykker er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.13

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	4.640,0		902.859	4.064,0		999.801	3.891,0		1.095.172	
KVINDER	5.694,0		503.112	4.975,0		547.849	4.730,0		593.437	
Grundskole	5.451,0	0,96*	256.544	5.190,0	1,01	261.895	5.277,0	1,03	251.411	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.995,0	0,98	136.275	4.325,0	1,00	169.701	4.256,0	1,00	205.302	
Videregående uddannelse	4.960,0	1	67.561	4.216,0	1	89.522	4.085,0	1	121.016	
Uoplyst	10.542,0	1,18*	42.732	9.528,0	1,21*	26.731	7.136,0	1,15*	15.708	
SII**	299,2			-83,4			-251,0			< 0,01
MÆND	3.313,0		399.747	2.960,0		451.952	2.898,0		501.735	
Grundskole	3.274,0	0,97	147.933	3.250,0	1,08*	152.569	3.328,0	1,13*	149.040	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3.048,0	0,99	156.096	2.733,0	1,03	188.495	2.715,0	1,05*	222.304	
Videregående uddannelse	3.087,0	1	74.872	2.637,0	1	95.877	2.573,0	1	119.027	
Uoplyst	6.385,0	1,15*	20.846	4.936,0	1,18*	15.011	4.268,0	1,34*	11.364	
SII**	118,9			-330,0			-477,0			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde pr. 100.000 er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.13 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

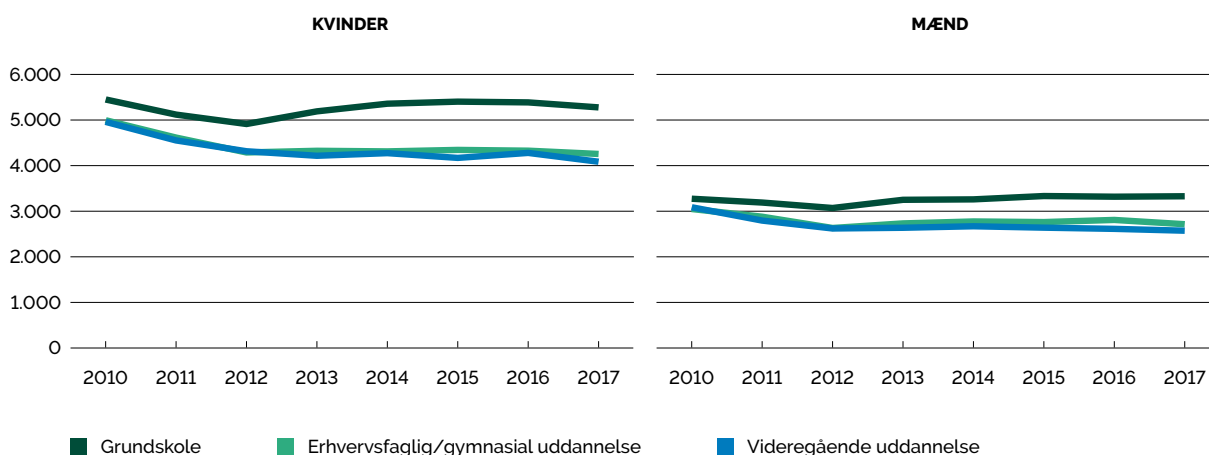
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 5.277, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 kvinder. Det gælder henholdsvis 4.256 og 4.085, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der i 2017 3.328, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 mænd. For mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det henholdsvis 2.715 og 2.573, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 mænd i 2017.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en faldulykke blandt kvinder pr. 100.000 personer statistisk signifikant i 2010, men ikke i 2013 og 2017. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer i 2013 og 2017, men ikke i 2010. I 2017 ses der blandt mænd en social gradient, hvor antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 477 pr. 100.000 blandt mænd i 2017. Blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed.

FIGUR 6.13

Antal nye tilfælde pr. 100.000, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 6.13 viser sammenhængen mellem antallet, der kommer til skade ved en faldulykke, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke. Blandt mænd ses der en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, således at antallet, der kommer til skade ved faldulykker, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder i 2013 og 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed blandt mænd i perioden 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed inden for en række udvalgte somatiske sygdomme hos den voksne befolkning. For enkelte sygdomme (hjertekar-sygdomme, KOL og kræft) har vi desuden set på konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse. Derudover har vi beskrevet ulighed i forhold til tandsundhed, trafikulykker blandt voksne og faldulykker blandt ældre.

Vi har i dette kapitel beskrevet antallet af nye tilfælde af en række somatiske sygdomme. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der et højere antal af nye tilfælde pr. 100.000 personer for diabetes, iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL, lungekræft, tyk- og endetarmskræft, muskel-skelet-diagnoser og demens end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017. Dog med den undtagelse, at der blandt mænd først ses social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens i 2017, men ikke i 2010 og 2013.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau ses desuden en større andel med to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt og en lavere andel, der har 20 eller flere naturlige tænder, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

For brystkræft gælder det, at der er et lavere antal nye tilfælde pr. 100.000 kvinder blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, end blandt kvinder med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det er det, man kalder omvendt social ulighed.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses en stigning i den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser blandt kvinder, i antallet af nye tilfælde af demens blandt mænd og i andelen med to eller flere og fire eller flere kroniske sygdomme samtidigt både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000, i andelen der har smerter og ubehag i muskler og skelet, eller i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det er ikke muligt at sige noget om udviklingen i den sociale ulighed for iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL samt de tre kræftformer, da der for disse sygdomme kun er opgjort i to perioder.

Ud over de somatiske sygdomme har vi i dette kapitel beskrevet social ulighed i forhold til trafikulykker og faldulykker blandt ældre. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der kommer til skade ved henholdsvis trafikulykker og faldulykker, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed gælder det, at der ses et fald i den sociale ulighed i trafikulykker blandt mænd, men en stigning i faldulykker.

Referencer

1. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
2. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2015.
3. Hansen L, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Vestergaard P, Abrahamsen B, et al. Social inequality and fractures-secular trends in the Danish population: a case-control study. *Osteoporos Int*. 2018;29(10):2243-50.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
5. Sundhedsdatastyrelsen. Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser: Sundhedsdatastyrelsen; 2019 [Available from: <https://www.esundhed.dk/Registre/Register-for-udvalgte-kroniske-sygdomme>].
6. Nyaga DM, Vickers MH, Jefferies C, Perry JK, O'Sullivan JM. The genetic architecture of type 1 diabetes mellitus. *Mol Cell Endocrinol*. 2018;477:70-80.
7. Langenberg C, Lotta LA. Genomic insights into the causes of type 2 diabetes. *Lancet*. 2018;391(10138):2463-74.
8. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus--present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol*. 2011;8(4):228-36.
9. Sibilitz KL, Olsen MH, Krarup NT, Sehested TSG. 34. Forebyggelse af hjertesygdom. *Behandlingsvejledning*. København: Dansk Cardiologisk Selskab; 2019.
10. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark: Copenhagen: Danish Health Authority; 2015.
11. Jensen LF, Nielsen, K. Sygdomslære. 1 ed. København: Munksgaard; 2019.
12. Lokke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax*. 2006;61(11):935-9.
13. Lange P, Tøttenborg SS, Sorknæs AD, Andersen JS, Søgaard M, Nielsen H, et al. Danish Register of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Epidemiol*. 2016;8:673-8.
14. Sundhedsstyrelsen. KOL. 2020 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/kol>].
15. Lungeforeningen. Nøgletal om lungesygdomme 2020 [Available from: <https://www.lunge.dk/lunger/viden-noegletal-om-lungesygdomme>].
16. Lokke A, Hilberg O, Tonnesen P, Ibsen R, Kjellberg J, Jennum P. Direct and indirect economic and health consequences of COPD in Denmark: a national register-based study: 1998-2010. *BMJ Open*. 2014;4(1):e004069.
17. Schroeder T, Schulze S, Hilsted J, Gøtzsche L. *Basisbog i medicin og kirurgi*. København: Munksgaard; 2016.
18. Johansen Taber KA, Morisy LR, Osbahr AJ, Dickinson BD. Male breast cancer: Risk factors, diagnosis, and management (Review). *Oncology Reports*. 2010;24:1115-20.

19. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Bray F, Gjerstorff ML, Klint A, et al. NORDCAN - a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncol.* 2010;49(5):725-36.
20. Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schüz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003. *European Journal of Cancer.* 2008;44(14):1989-95.
21. Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;386(9995):743-800.
22. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.
23. Manniche C, Bendix T, Hestbæk L, Hundrup Y, Thomsen B. Muskel- og skeletsygdom. In: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors. *Folkesundhedsrapport Danmark 2007.* København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2007.
24. Jørgensen M, Davidsen M, Tolstrup J. De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.
25. Nationalt Videnscenter for Demens. Tal og statistik om demens København: Nationalt Videnscenter for Demens; 2020 [Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/>].
26. Nationalt Videnscenter for Demens. Omkostninger forbundet med demens København2018 [Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/omkostninger-forbundet-med-demens>].
27. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
28. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.
29. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2015.
30. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
31. Lund Jensen N, Pedersen HS, Vestergaard M, Mercer SW, Glumer C, Prior A. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol.* 2017;9:279-89.
32. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS One.* 2019;14(8):e0214183.
33. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glumer C, Lasgaard M. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169426.
34. Statens Serum Institut. Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. København2015.
35. Schiøtz ML, Stockmarr A, Host D, Glumer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health.* 2017;17(1):422.

36. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A national population study of the co-occurrence of multiple long-term conditions in people with multimorbidity, Denmark, 2013. *Prev Chronic Dis.* 2016;13:E12.
37. Willadsen TG, Siersma V, Nicolaisdottir DR, Koster-Rasmussen R, Jarbol DE, Reventlow S, et al. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. *J Comorb.* 2018;8(1):2235042X18804063.
38. Møller S, Laursen B, Johannesen C, Schramm S. Multisygdom i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
39. Møller S, Johannesen C, Tolstrup J, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
40. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res.* 2013;92(7):592-7.
41. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dent oral epidemiol.* 2003;31 Suppl 1:3-23.
42. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. *J acad nutr diet.* 2013;113(5):693-701.
43. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med.* 2015;77(1):83-92.
44. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental diseases in 168 countries and corresponding health care costs. *J Dent Res.* 2017;96(8):845-54.
45. Danmarks Statistik. Moerke: Personskader i færdselsuheld indberettet af politi, skadestuer og sygehuse efter indberetter, uheldssituation, transportmiddel, køn, alder og skadens type København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.statistikbanken.dk/MOERKE>].
46. Danmarks Statistik. Færdselsuheld København: Danmarks Statistik; 2018 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkaar/trafikulykker/faerdselsuheld>].
47. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
48. Helweg-Larsen K. The Danish register of causes of death. *Scand J Public Health.* 2011;39(7 Suppl):26-9.
49. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2018. Tal og analyse: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.

7 | Kontakt med sundheds- væsenet



I kontakten med sundhedsvæsenet er samspillet mellem den enkelte person og sundhedsvæsenet et centralt element. Den enkelte persons erfaringer fra tidligere kontakter, forventninger, viden om symptomer og sygdom, samt sociale position har en afgørende betydning i kontakten med sundhedsvæsenet. Omvendt har sundhedsvæsenets organisering en stor betydning for tilgangen af patienter.

I dette kapitel beskrives en række indikatorer, som er relevante i forhold til at følge ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet, herunder deltagelse i screening for udvalgte typer kræft (livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft), kontakt med henholdsvis praktiserende læge (almen og speciallæge) samt hjemmehjælp og sygeplejeydelser. Endvidere beskrives social ulighed i forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser samt mangel på social støtte.

I kontakten med sundhedsvæsenet spiller den enkelte persons behov for ydelser en central rolle. Dette inkluderer den enkelte persons sundhedstilstand, oplevede behov og præferencer, samt organisering, visitation og formidling af tilbud. Kontakt med praktiserende læge (almen og speciallæge), samt visiteret hjemmehjælp og modtaget sygeplejeydelser er justeret for den enkeltes behov. Behov for ydelser fra sundhedsvæsenet er baseret på selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet (såsom at gå flere etager på trapper og støvsuge) og langvarige sygdomme¹. Ved vurderingen af social ulighed i kontakt med sundhedsvæsenet er der således taget hensyn til, at nogle personer har et større behov for ydelser fra sundhedsvæsenet end andre.

7.1 Livmoderhalskræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af kvinder, der har deltaget i screening for livmoderhalskræft (cervical cancer) på 30-64 år.

Omkring 99 % af alle livmoderhalskræfttilfælde forårsages af en infektion med human papillomavirus (HPV). HPV kan forårsage celleforandringer i livmoderslimhinden, og disse celleforandringer videreudvikler sig i nogle tilfælde til kræft. Livmoderhalskræft kan derfor forebygges ved vaccination mod HPV og ved behandling af celleforandringer. Siden 2006 har der i Danmark været landsdækkende screeningsprogram omfattende kvinder på 23-64 år, som regelmæssigt får tilbudt at deltage i screening for livmoderhalskræft (hvert tredje år for kvinder på 23-49 år og hvert femte år for kvinder på 50-64 år). Cytologisk undersøgelse anvendes som primær screeningsmetode til kvinder på 23-59 år, og HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder på 60-64 år^{2,3}.

Indikatoren deltagelse i screening for livmoderhalskræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er deltagelse i screening for livmoderhalskræft begrænset til kvinder på 30-64 år, mens der i årsrapporten for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening⁴ indgår kvinder fra 23 år eller derover. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	71,2		204.479	69,3		268.918	66,4		254.793	
Grundskole	60,7	0,50*	38.490	57,3	0,45*	52.618	54,9	0,44*	41.577	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	72,7	0,86*	85.891	70,9	0,81*	106.168	67,1	0,74*	94.726	
Videregående uddannelse	75,6	1	76.692	75,1	1	103.084	73,0	1	106.482	
Uoplyst	52,6	0,36*	3.406	48,3	0,31*	7.048	43,2	0,29*	12.008	
<i>SII**</i>	<i>17,8</i>			<i>21,4</i>			<i>23,1</i>			<i>< 0,01</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er målt ved et "slope index of inequality".

SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder.

SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt kvinder på 30-64 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, 2013 og 2017.

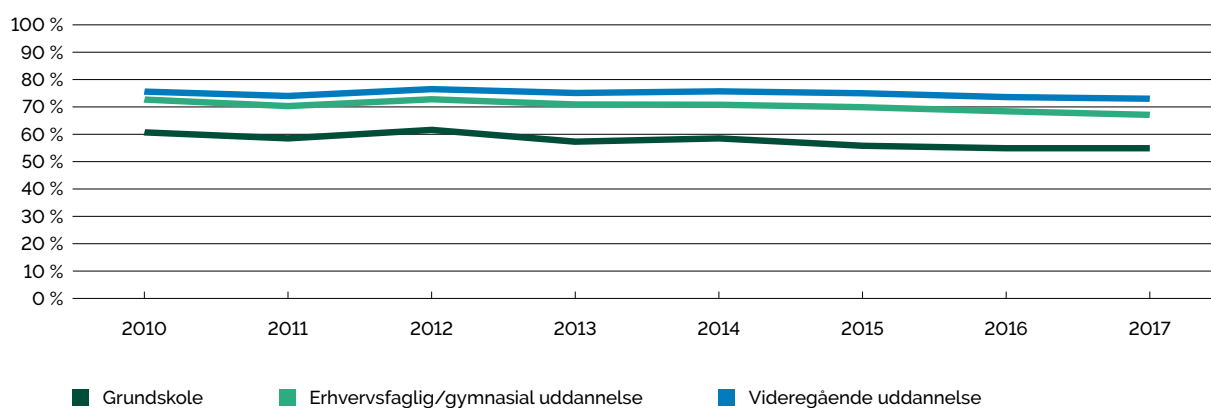
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 55 %, der deltager i screening for livmoderhalskræft. Det gælder henholdsvis 67 % og 73 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 23 procentenheder i 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.



Figur 7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt kvinder på 30-64 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft i alle tre år. Således er andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

7.2 Brystkræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af kvinder, der har deltaget i screening for brystkræft (mammografiscreening) for kvinder på 50-69 år.

Kvinder på 50-69 år bliver i Danmark hvert andet år tilbudt en mammografiscreening, som er en røntgenundersøgelse af brystet. Mammografiscreening nedsætter ikke risikoen for brystkræft, men kan afsløre kræft i tidligere faser – før symptomer og før sygdommen har spredt sig, hvilket øger sandsynligheden for at overleve sygdommen⁵.

Indikatoren deltagelse i screening for brystkræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft (runde 3-5) blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau.

	Runde 3			Runde 4			Runde 5			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	84,2		612.377	81,8		653.560	83,1		647.786	
Grundskole	81,0	0,72*	178.274	77,3	0,66*	173.804	78,3	0,64*	156.426	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	86,3	1,07*	238.606	84,1	1,02*	259.607	85,2	1,02	263.510	
Videregående uddannelse	85,5	1	185.268	83,7	1	208.039	85,0	1	216.557	
Uoplyst	67,9	0,36*	10.229	61,8	0,31*	12.110	63,0	0,30*	11.293	
<i>SII**</i>	<i>6,4</i>			<i>8,7</i>			<i>8,5</i>			<i>0,07</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft, er målt ved et "slope index of inequality".

SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder.

SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for brystkræft blandt kvinder på 50-69 år og højest fuldførte uddannelsesniveau for runde 3-5.

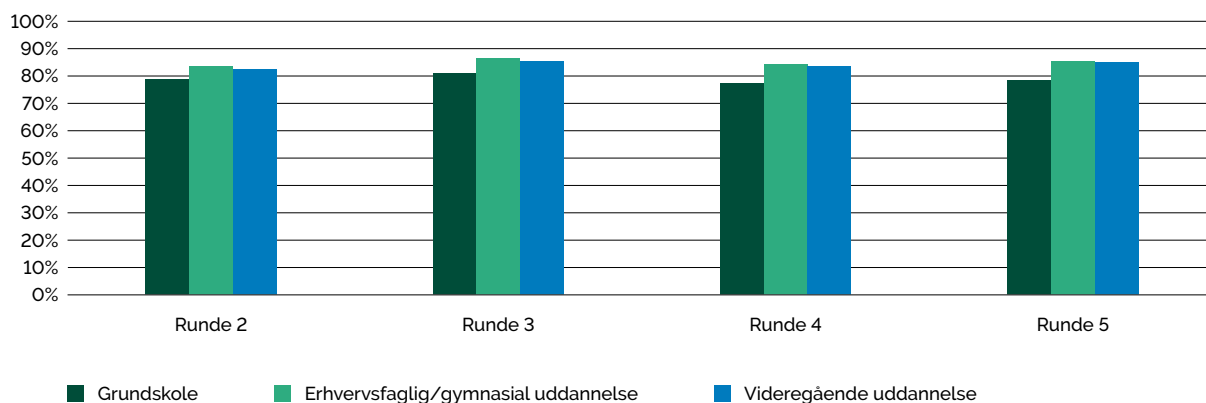
Ved runde 5 er der blandt kvinder med grundskole 78 %, der deltager i screening for brystkræft. Det gælder 85 % blandt kvinder med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for brystkræft, statistisk signifikant i alle tre runder. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 9 procentenheder ved runde 5. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

FIGUR 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på på højest fuldførte uddannelsesniveaue og runde 2-5.



Figur 7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for brystkræft, blandt kvinder på 50-69 år og højest fuldførte uddannelsesniveaue for runde 2-5.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft i alle tre runder, således at andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveaue. Der ses ingen statistisk ændring i den sociale ulighed fra runde 3-5.

7.3 Screening for tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har deltaget i screening for tyk- og endetarmskræft (colorektal cancer) for personer på 50-74 år.

Siden 2014 har alle personer på 50-74 år hvert andet år fået tilbud om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft. Formålet med screening for tyk- og endetarmskræft er både, at nedsætte dødeligheden af sygdommen ved at finde kræfttilfælde i tidlige stadier, så helbredelse er mulig, og at nedsætte forekomsten ved at identificere og fjerne forstadier til sygdommen (polypper), før de udvikler sig til kræft. Screening for tyk- og endetarmskræft laves ved en undersøgelse af afføringen for indhold af blod. Påvises der blod i afføringen, tilbydes personen yderligere undersøgelse i form af en kikkertundersøgelse af tarmen⁶.

Indikatoren deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Tarmkræftscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i 2014, 2016 og 2017.

	2014			2016			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	65,8		299.668	62,7		458.558	60,7		486.205	
KVINDER	68,9		152.819	66,2		232.918	64,5		245.190	
Grundskole	63,7	0,68*	50.413	61,0	0,69*	69.463	59,3	0,69*	70.062	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	71,6	0,97*	56.901	69,0	0,99	89.894	66,9	0,96*	96.140	
Videregående uddannelse	72,3	1	42.827	69,0	1	68.760	67,5	1	74.116	
Uoplyst	53,4	0,44*	2.678	49,8	0,44*	4.801	47,6	0,44*	4.872	
<i>SII**</i>	<i>12,2</i>			<i>11,8</i>			<i>12,1</i>			<i>0,99</i>
MÆND	62,7		146.849	59,1		225.640	56,8		241.015	
Grundskole	56,5	0,63*	37.970	52,4	0,62*	54.787	49,6	0,60*	57.366	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	64,6	0,91*	67.906	61,1	0,90*	106.056	58,6	0,88*	114.436	
Videregående uddannelse	66,7	1	37.597	63,5	1	58.692	61,7	1	63.093	
Uoplyst	47,7	0,45*	3.376	41,2	0,42*	6.105	40,9	0,45*	6.120	
<i>SII**</i>	<i>14,7</i>			<i>15,4</i>			<i>16,4</i>			<i>< 0,04</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er målt ved et "slope index of inequality".

SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder.

SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.3 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt kvinder og mænd på 50-74 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i 2014, 2016 og 2017.

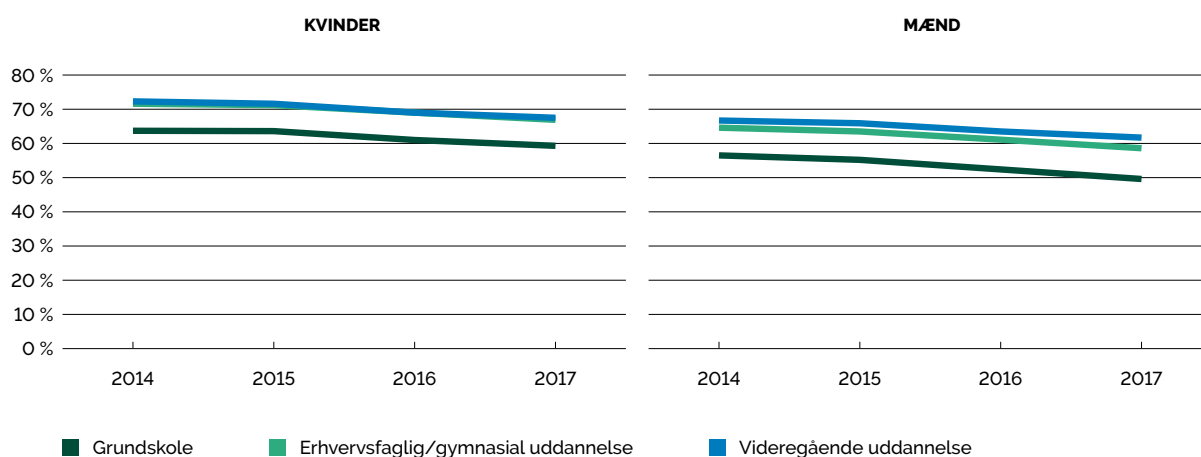
Blandt kvinder med grundskole er der 59 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft i 2017. Det gælder henholdsvis 67 % og 68 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 50 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft i 2017. Det gælder henholdsvis 59 % og 62 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 12 procentenheder blandt kvinder og 16 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed fra 2014-2017.

FIGUR 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2014-2017.



Figur 7.3 viser sammenhængen mellem andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt kvinder og mænd på 50-74 år og højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2014-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden.

7.4 Brug af sundhedsydelser justeret for behov

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og brug af sundhedsydelser i praksissektoren på basis af kontakt til almen praktiserende læge og praktiserende speciallæge for personer på 30 år eller derover.

Sundhedsydelser i praksissektoren er karakteriseret ved ydelser inden for blandt andet almen praksis, speciallæge og fysioterapi⁷. Almen praksis er det sted, en patient skal henvende sig først ved ikke-livstruende sygdom. Hvis problemstillingen ikke kan løses hos den almen praktiserende læge, har den praktiserende læge ansvaret for at viderehenvise til en anden mere specialiseret behandling. Denne rolle kaldes for "gatekeeper"⁸. Hovedparten af alle danskere benytter sundhedsydelser i praksissektoren. I 2017 modtog ca. 4,9 mio. personer – svarende til ca. 86 % af befolkningen behandling i almen praksis. I samme periode modtog 65 % af befolkningen behandling ved mindst ét af tilbuddene inden for fysioterapi, kiropraktik, fodterapi, speciallægehjælp, tandlægehjælp, tandplejer og psykologhjælp⁹.

Indikatorerne kontakt til praktiserende læge og kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov. I denne rapport er kontakter defineret på basis af information fra Sygesikringsregisteret. Behovet for sundhedsydelser er defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.4.1 Kontakt til almen praktiserende læge

TABEL 7.4.1

Andelen, der har kontakt til en almen praktiserende læge fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til almen praktiserende læge er justeret for behov defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	137.215			127.394			142.389			
KVINDER	73.052			67.913			76.146			
Grundskole	92,6	1,02	18.804	93,3	0,98	16.269	92,8	1,02	15.966	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	92,5	1,14*	28.394	93,2	1,11*	26.295	92,8	1,09*	29.638	
Videregående uddannelse	92,5		24.427	93,1		24.157	92,7		28.904	
Uoplyst	92,3	0,72*	1.427	92,7	0,59*	1.192	92,5	0,54*	1.638	
<i>SII**</i>	-0,3			-0,3			-0,2			0,14
MÆND	64.163			59.481			66.243			
Grundskole	81,2	1,07*	14.110	81,3	1,06	12.327	81,5	1,08*	12.871	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,2	1,14*	30.182	81,3	1,13*	28.050	81,2	1,10*	30.723	
Videregående uddannelse	80,7		18.635	80,5		17.976	80,4		21.052	
Uoplyst	79,9	0,88	1.236	78,1	0,72*	1.128	80,7	0,78*	1.597	
<i>SII**</i>	-0,8			-1,1			-1,7			0,05

§ OR er justeret for alder og behov for brug af almen praktiserende læge defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har kontakt til almen praktiserende læge, er målt ved et "slope index of inequality".

SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for brug af almen praktiserende læge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017, justeret for behov.

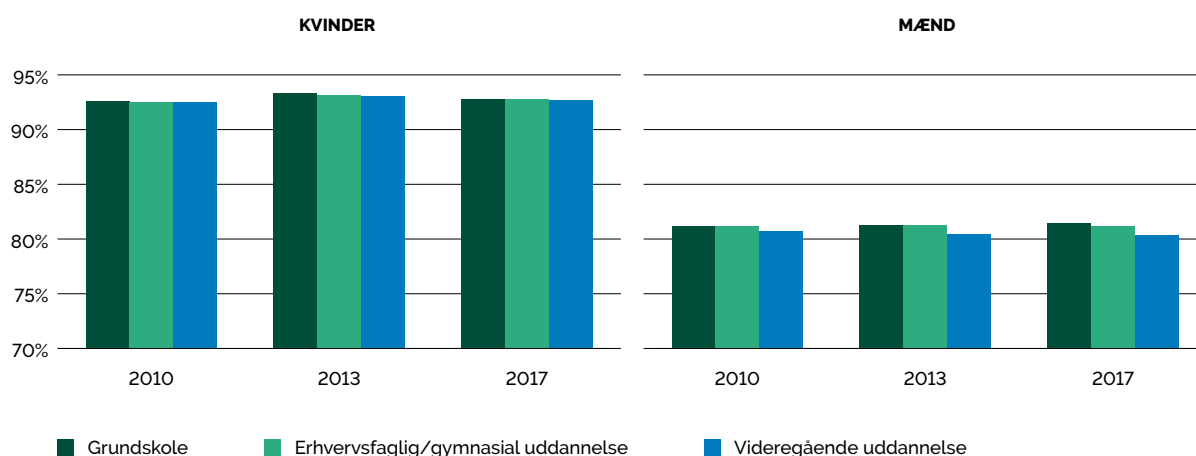
Blandt kvinder er der uanset uddannelsesniveau 93 %, der har kontakt til almen praktiserende læge i 2017, justeret for behov. Blandt mænd med grundskole er der 82 %, der har kontakt til almen praktiserende læge i 2017, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 81 % og 80 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov ses der blandt kvinder ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende læge i alle tre år. Blandt mænd er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende læge, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende læge, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende læge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er 1,7 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder og mænd fra 2010-2017.

FIGUR 7.4.1

Andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til almen praktiserende læge er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.4.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til almen praktiserende læge blandt mænd, men ikke blandt kvinder i alle 3 år. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt hverken kvinder eller mænd i perioden 2010-2017.

7.4.2 Kontakt til praktiserende speciallæge

TABEL 7.4.2

Andelen, der har kontakt til en praktiserende speciallæge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	137.215			127.394			142.389			
KVINDER	73.052			67.913			76.146			
Grundskole	42,8	0,77*	18.804	43,7	0,80*	16.269	44,6	0,78*	15.966	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	42,6	0,89*	28.394	43,6	0,92*	26.295	44,3	0,87*	29.638	
Videregående uddannelse	42,3		24.427	43,2		24.157	43,9		28.904	
Uoplyst	41,7	0,70*	1.427	41,6	0,76*	1.192	43,4	0,76*	1.638	
SII**	-0,9			-0,8			-1,1			0,42
MÆND	64.163			59.481			66.243			
Grundskole	28,9	0,76*	14.110	28,2	0,82*	12.327	30,4	0,80*	12.871	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	29,2	0,87*	30.182	28,6	0,88*	28.050	30,2	0,89*	30.723	
Videregående uddannelse	28,5		18.635	27,7		17.976	29,0		21.052	
Uoplyst	27,1	0,81*	1.236	25,2	0,88*	1.128	29,9	0,96	1.597	
SII**	-0,6			-1,0			-2,2			0,13

§ OR er justeret for alder og behov for brug af praktiserende speciallæge defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er målt ved et "slope index of inequality".

SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for brug af praktiserende speciallæge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017, justeret for behov.

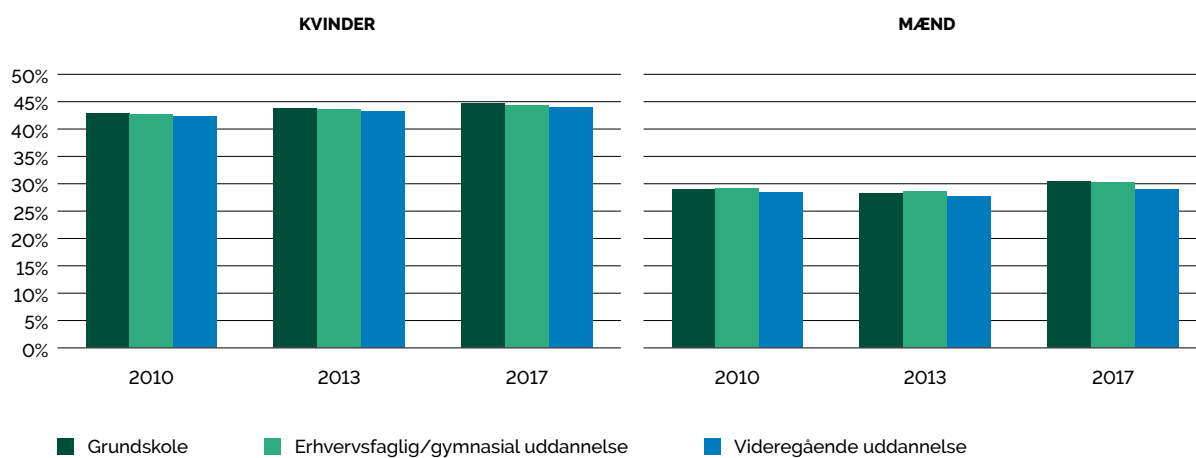
Blandt kvinder med grundskole er der 45 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge i 2017, justeret for behov. Det gælder 44 % for blandt kvinder med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er der 30 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge i 2017, justeret for behov. Det gælder 29 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er lavere med lavere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 1,1 procentenheder blandt kvinder og 2,2 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed blandt kvinder og mænd fra 2010-2017.

FIGUR 7.4.2

Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.4.2 viser sammenhængen mellem andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge blandt kvinder og mænd i alle tre år. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed både blandt kvinder eller mænd i perioden.

7.5 Forebyggelige indlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer på 65 år og derover, der har haft en forebyggelig indlæggelse.

Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser blandt personer på 65 år eller derover, hvor den primære diagnose er dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, knoglebrud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold eller tryksår^{10,11}. Forebyggelige indlæggelser indebærer, at indlæggelsen potentielt kunne være forebygget - oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats eller en indsats fra den almen praktiserende læge. At en indlæggelse er forebyggelig, betyder imidlertid ikke, at tilstanden ikke er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor personen indlægges¹¹.

Indikatoren forebyggelige indlæggelser er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.5

Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010-2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	5,8		902.859	5,6		999.801	5,3		1.095.172	
KVINDER	6,3		503.112	6,0		547.849	5,6		593.437	
Grundskole	6,7	1,38*	256.544	6,9	1,41*	261.895	7,1	1,46*	251.411	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,9	1,17*	136.275	4,7	1,15*	169.701	4,6	1,16*	205.302	
Videregående uddannelse	4,1	1	67.561	3,9	1	89.522	3,8	1	121.016	
Uoplyst	12,5	1,56*	42.732	12,2	1,62*	26.731	9,6	1,60*	15.708	
SII**	-2,2			-2,5			-2,7			0,01
MÆND	5,2		399.747	5,1		451.952	5,0		501.735	
Grundskole	5,9	1,42*	147.933	6,2	1,52*	152.569	6,5	1,56*	149.040	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,5	1,22*	156.096	4,5	1,28*	188.495	4,6	1,30*	222.304	
Videregående uddannelse	3,7	1	74.872	3,5	1	95.877	3,6	1	119.027	
Uoplyst	10,7	1,55*	20.846	9,3	1,60*	15.011	7,6	1,66*	11.364	
SII**	-2,1			-2,5			-2,7			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af indlæggelser, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.5 viser sammenhængen mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

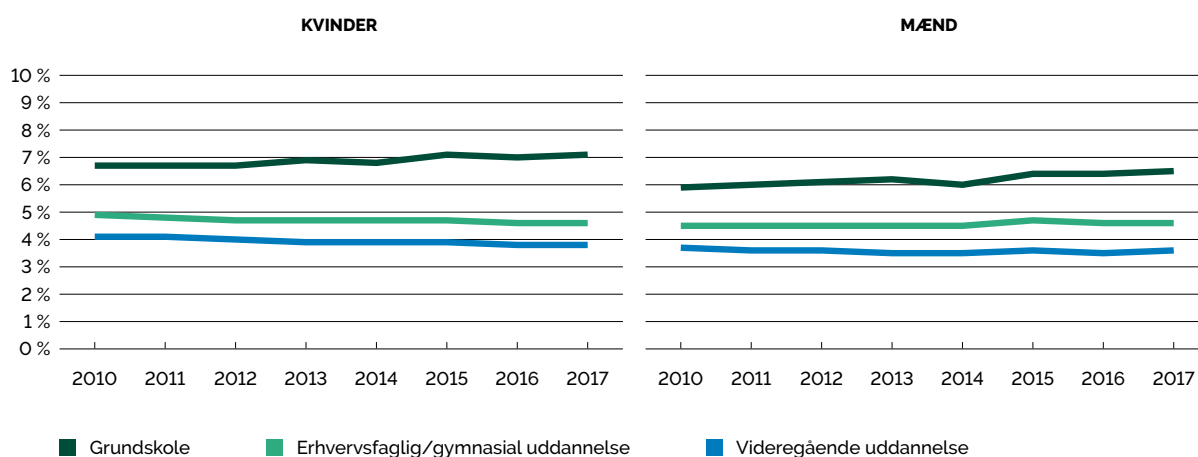
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 7 % med en forebyggelig indlæggelse. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,8 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 7 % med en forebyggelig indlæggelse i 2017. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med en forebyggelig indlæggelse statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen med en forebyggelig indlæggelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 2,7 procentenheder blandt kvinder og 2,7 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.5

Andelen med en forebyggelig indlæggelse, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 7.5 viser sammenhængen mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen med en forebyggelig indlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år således, at andelen med en forebyggelig indlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

7.6 Korttidsindlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse for personer på 30 år eller derover.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser defineres som ikke-planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse¹¹. Disse indlæggelser er særligt udbredte blandt ældre personer og personer med kronisk sygdom og er ofte kendetegnet ved, at patienten har kontakt til kommunen gennem pleje eller praktisk bistand eller kontakt til praktiserende læge kort forud for indlæggelsen¹².

Indikatoren akut medicinsk korttidsindlæggelse er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.6

Andelen med en korttidsindlæggelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,6		3.544.985	3,8		3.584.959	5,0		3.672.411	
KVINDER	3,5		1.817.075	3,6		1.836.442	4,9		1.875.655	
Grundskole	5,0	1,60*	549.665	5,5	1,59*	515.544	7,9	1,69*	467.444	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,9	1,26*	664.310	3,3	1,28*	676.288	4,6	1,34*	686.315	
Videregående uddannelse	2,1	1	531.569	2,3	1	578.754	3,0	1	643.287	
Uoplyst	7,0	1,53*	71.531	5,6	1,55*	65.856	5,0	1,53*	78.609	
SII**	-2,0			-2,1			-3,2			< 0,01
MÆND	3,7		1.727.910	3,9		1.748.517	5,1		1.796.756	
Grundskole	5,0	1,57*	441.919	5,5	1,57*	422.891	7,5	1,72*	397.088	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,4	1,27*	780.365	3,7	1,24*	788.789	5,1	1,35*	794.847	
Videregående uddannelse	2,5	1	445.757	2,8	1	471.557	3,5	1	509.929	
Uoplyst	5,7	1,52*	59.869	4,5	1,50*	65.280	4,0	1,43*	94.892	
SII**	-2,1			-2,2			-3,5			< 0,01

* § OR er justeret for alder

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.6 viser sammenhængen mellem andelen med en korttidsindlæggelse, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

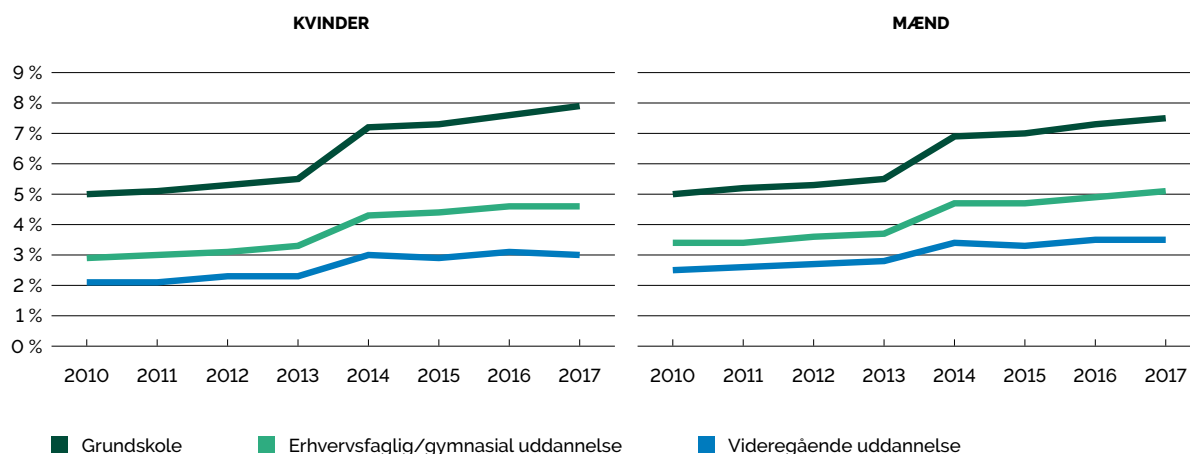
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 8 % med en korttidsindlæggelse. Det gælder henholdsvis 4,6 % og 3,0 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 8 % med en korttidsindlæggelse i 2017. Det gælder henholdsvis 5 % og 3,5 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med en korttidsindlæggelse statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen med en korttidsindlæggelse, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,2 procentenheder blandt kvinder og 3,5 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.6

Andelen med en korttidsindlæggelse fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Figur 7.6 viser sammenhængen mellem andelen med en korttidsindlæggelse og højest fuldført uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen med en korttidsindlæggelse både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen med en korttidsindlæggelse er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2010-2017.

7.7 Visiteret hjemmehjælp

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der er visiteret til hjemmehjælp for personer på 65 år eller derover.

Hjemmehjælp omfatter personlig pleje, praktisk hjælp og madservice. Personlig pleje er for eksempel hjælp til at komme i bad, til at få tøj på eller til at spise, og praktisk hjælp er for eksempel rengøring, hjælp til tøjvask eller indkøb. Hjemmehjælp gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Visitationen foregår efter en konkret og individuel vurdering. Hjemmehjælp kan altså være både kortere eller længerevarende. I 2018 blev 120.000 ældre (67 år eller derover) visiteret til hjemmepleje⁴³.

Indikatorerne personlig pleje og praktisk hjælp er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Ældredokumentation og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.7.1 Personlig pleje

TABEL 7.7.1

Andelen, der er visiteret til personlig pleje, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til personlig pleje er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE			35.129			39.898			46.813	
KVINDER			18.180			20.495			24.003	
Grundskole	12,3	1,33*	8.544	9,5	1,43*	8.683	8,3	1,16	8.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	11,9	1,12	5.734	8,8	1,24	7.169	8,0	1,00	9.086	
Videregående uddannelse	11,5		3.130	8,6		4.154	7,9		6.069	
Uoplyst	12,1	1,83*	772	10,5	1,98*	489	8,8	0,79	416	
<i>SII**</i>	-1,3			-1,5			-0,6			0,45
MÆND			16.949			19.403			22.810	
Grundskole	6,5	1,54*	5.621	5,7	1,08	5.689	4,9	1,06	5.865	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,3	1,26	6.967	5,5	0,91	8.555	4,9	1,04	10.266	
Videregående uddannelse	6,1		3.787	5,5		4.705	4,8		6.273	
Uoplyst	6,5	2,30*	574	7,5	1,75*	454	5,1	1,20	406	
<i>SII**</i>	-0,6			-0,3			-0,2			0,22

§ OR er justeret for alder behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er visiteret til personlig pleje, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

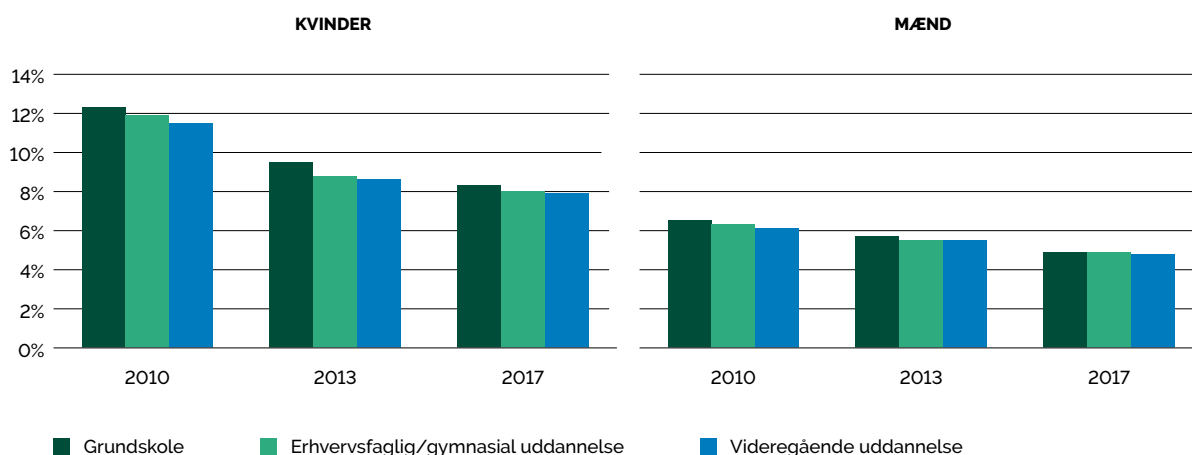
Tabel 7.7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til personlig pleje, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Blandt kvinder uanset uddannelsesniveau er der 8 %, der er visiteret til personlig pleje i 2017, justeret for behov. Blandt mænd uanset højest fuldførte uddannelsesniveau er der 5 %, der er visiteret til hjemmehjælp i form af personlig pleje, i 2017, justeret for behov.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder statistisk signifikant i 2010 og 2013, men ikke i 2017. Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til personlig pleje blandt mænd, statistisk signifikant i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

FIGUR 7.7.1

Andelen visiteret til personlig pleje fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til personlig pleje er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.1 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til personlig pleje, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje således at andelen, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2010 og 2013, men ikke i 2017 og for mænd i 2010, men ikke i 2013 og 2017.

7.7.2 Praktisk hjælp

TABEL 7.7.2

Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til praktisk hjælp er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE			35.129			39.898			46.813	
KVINDER			18.180			20.495			24.003	
Grundskole	22,5	1,09	8.544	17,3	1,28*	8.683	13,8	1,15	8.432	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	21,9	1,07	5.734	16,3	1,31*	7.169	13,5	1,15	9.086	
Videregående uddannelse	21,6	1	3.130	15,9	1	4.154	13,4	1	6.069	
Uoplyst	21,8	1,27*	772	18,4	1,52*	489	14,6	0,94	416	
<i>SII**</i>	-1,6			-2,1			-0,7			0,53
MÆND			16.949			19.403			22.810	
Grundskole	10,1	1,41*	5.621	8,0	1,42*	5.689	6,4	1,35*	5.865	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9,9	1,30*	6.967	7,8	1,29*	8.555	6,3	1,15	10.266	
Videregående uddannelse	9,7	1	3.787	7,7	1	4.705	6,2	1	6.273	
Uoplyst	10,3	2,06*	574	10,1	2,04*	454	6,5	0,82	406	
<i>SII**</i>	-0,6			-0,4			-0,2			< 0,01

§ OR er justeret for alder og behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer, der er visiteret til praktisk hjælp, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til hjemmehjælp i form af praktisk hjælp, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

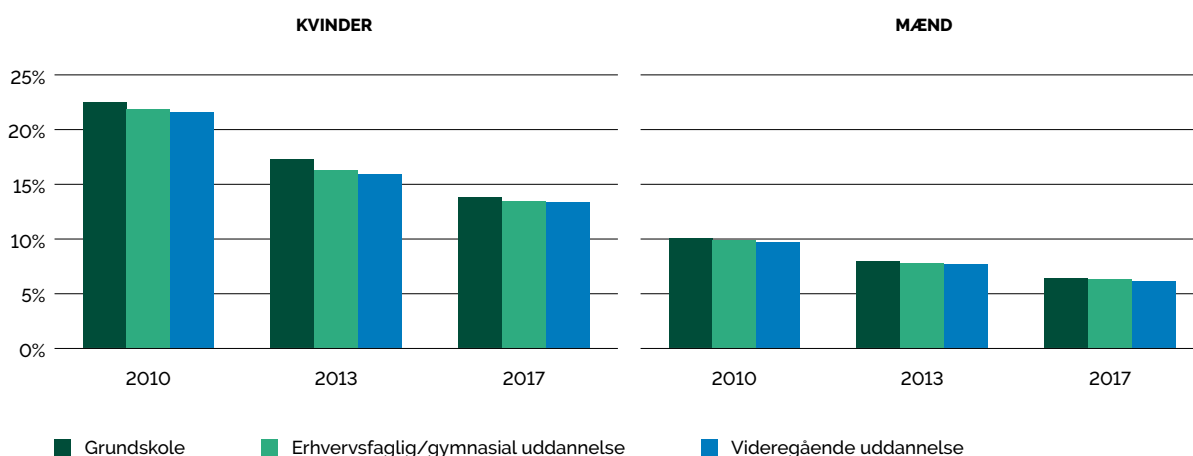
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse 14 %, der er visiteret til praktisk hjælp, justeret for behov. Det gælder 13 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd er der 6 %, der er visiteret til hjemmehjælp i form af praktisk hjælp i 2017 justeret for behov uanset højest fuldførte uddannelsesniveau.

Justeret for alder og behov er der blandt kvinder en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp i 2013, men ikke i 2010 og 2017. Justeret for alder og behov er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp. Blandt mænd ses der en social gradient, hvor andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau i alle tre år.

Den sociale ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er 0,2 procentenheder blandt mænd i 2017. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

FIGUR 7.7.2

Andelen visiteret til praktisk hjælp fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017. Visiteret til praktisk hjælp er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.2 viser sammenhængen mellem andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2010, 2013 og 2017 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, således at andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med højere fuldførte uddannelse for kvinder i 2013, men ikke i 2010 og 2017 og for mænd i alle tre år. Blandt mænd er der en statistisk signifikant mindskning i den sociale ulighed i perioden 2010-2017.

7.8 Kommunale sygeplejeydelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har modtaget kommunal hjemmesygepleje for personer på 65 år eller derover.

Kommunal sygepleje er ydelser fra sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter/hjælpere, der enten kan leveres i kommunale sygeplejeklinikker eller i eget hjem på baggrund af sundhedsloven.

Indikatoren modtaget kommunal hjemmesygepleje er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Hjemmesygepleje og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013). Information om kommunal hjemmesygepleje haves for perioden 2011-2016. Kommunale sygeplejeydelser justeret for behov baseret på selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme i Den Nationale Sundhedsprofil (som er foretaget i årene 2010, 2013, 2017) kan derfor kun vises for år 2013. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.8

Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013. Modtaget kommunale sygeplejeydelser er justeret for behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE			39.898
KVINDER			20.495
Grundskole	7,1	1,84*	8.683
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6,5	1,29	7.169
Videregående uddannelse	6,3		4.154
Uoplyst	7,9	2,62*	489
<i>SII**</i>	-1,2		
MÆND			19.403
Grundskole	5,0	1,67*	5.689
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4,8	1,18	8.555
Videregående uddannelse	4,7		4.705
Uoplyst	6,2	2,24*	454
<i>SII**</i>	-0,4		

§ OR er justeret for alder og behov på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer, der har modtaget kommunale sygeplejeydelser, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder og behov for kommunale sygeplejeydelser. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 7.8 viser sammenhængen mellem andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013 justeret for behov.

I 2013 er der blandt kvinder med grundskole 7 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser justeret for behov. Det gælder henholdsvis 7 % og 6 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2013 er der blandt

mænd med grundskole 5 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser justeret for behov. Det gælder henholdsvis 4,8 % og 4,7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser statistisk signifikant for både kvinder og mænd i 2013. Der ses en social gradient, hvor andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Den sociale ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 1,2 procentenheder blandt kvinder og 0,4 procentenheder blandt mænd i 2013.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, således at andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med højere fuldførte uddannelse for både kvinder og mænd i 2013.

7.9 Førtidspension

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har modtaget førtidspension for personer på 30-65 år.

Førtidspension kan tilkendes til personer i alderen fra 40 år og til folkepensionsalderen, som har en varig og væsentligt nedsat arbejdsevne. Personer i alderen 18-39 år kan få førtidspension i særlige tilfælde¹⁴. Førtidspension tilkendes på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede ressourcer, kompetencer og udviklingsmuligheder. Personer, der tilkendes førtidspension, har ofte flere diagnoser og samtidig også sociale problemer¹⁴.

De hyppigste årsager til tilkendelse af førtidspension er psykiske lidelser og bevægeapparat sygdomme. I 2016 udgjorde andelen af tilkendelser på grundlag af psykiske lidelser 43 %, mens tilkendelser på grundlag af bevægeapparat sygdomme udgjorde 16 %¹⁴.

Undersøgelser viser en overdødelighed blandt førtidspensionister sammenlignet med ikke-førtidspensionerede og peger på, at den underliggende sygdom, som førtidspensionen er tilkendt på baggrund af, kun delvist kan forklare denne overdødelighed¹⁵. Andre forklarende faktorer kan for eksempel være social isolation og sundhedsadfærd¹⁵.

Indikatoren førtidspension er i denne rapport defineret på basis af information fra Arbejdsklassifikationsmodulet. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.9

Andel på førtidspension fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

	2000			2010			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	8,9		2.551.560	8,7		2.641.281	7,6		2.576.163	
KVINDER	10,4		1.261.196	9,6		1.313.671	8,3		1.281.884	
Grundskole	20,6	6,82*	421.981	23,5	7,17*	292.994	25,0	9,60*	215.970	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,9	1,90*	487.974	7,0	1,95*	527.929	6,8	2,19*	480.990	
Videregående uddannelse	3,1	1	327.031	3,5	1	464.045	2,9	1	522.237	
Uoplyst	20,2	7,99*	24.210	15,7	5,56*	28.703	6,8	3,18*	62.687	
<i>SII**</i>	-23,1			-23,2			-23,5			< 0,01
MÆND	7,5		1.290.364	7,8		1.327.610	6,9		1.294.279	
Grundskole	15,3	7,78*	354.355	17,7	7,23*	293.803	18,3	9,47*	247.940	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,1	2,40*	606.146	5,7	2,07*	624.191	5,1	2,25*	572.528	
Videregående uddannelse	2,2	1	298.829	2,7	1	370.859	2,2	1	390.842	
Uoplyst	17,8	10,92*	31.034	14,7	6,71*	38.757	7,1	4,37*	82.969	
<i>SII**</i>	-17,5			-18,4			-18,9			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen af personer på førtidspension er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 7.9 viser sammenhængen mellem andelen på førtidspension og på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i 2000, 2010 og 2017.

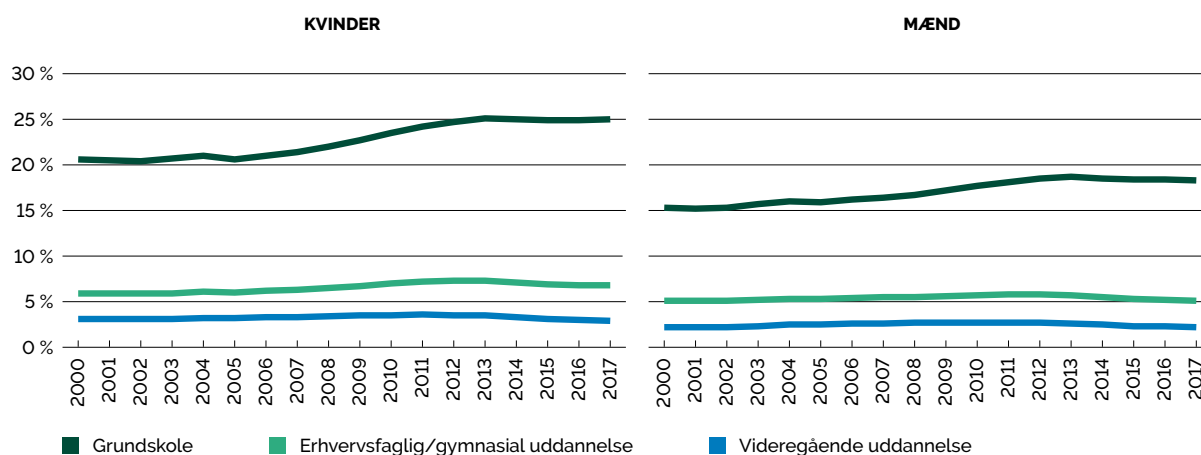
I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 25 % på førtidspension. Det gælder henholdsvis 7 % og 2,9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. For mænd gælder det, at der blandt mænd med grundskole er 18 % på førtidspension i 2017. Det gælder henholdsvis 5 % og 2,2 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen på førtidspension statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer.

Den sociale ulighed i andelen på førtidspension, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 24 procentenheder blandt kvinder og 19 procentenheder blandt mænd i år 2017. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

FIGUR 7.9

Andel på førtidspension, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.



Figur 7.9 viser sammenhængen mellem andelen på førtidspension og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt kvinder og mænd på 30-65 år i perioden 2000-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen på førtidspension blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år, således at andelen på førtidspension er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveauer. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2000-2017.

7.10 Mangel på social støtte

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der har lav grad af social støtte for personer på 30 år eller derover.

Social støtte er en oplevelse af, at nogen bekymrer sig om en, at man har adgang til hjælp fra andre mennesker, og at man er del af et positivt socialt netværk¹⁶. Social støtte kan være praktisk, følelsesmæssig og faglig støtte, som kan komme fra familie, venner, kolleger eller nærmeste leder.

Hvis personer oplever deres sociale relationer som mangelfulde eller belastende, kan det have alvorlige, negative implikationer for deres helbred, livskvalitet og trivsel^{17,18}. Mangelfuld social støtte er således en kendt determinant for højere sygelighed og dødelighed¹⁹. Den negative indflydelse på helbredet skyldes blandt andet, at mangel på social støtte har negative implikationer på blandt andet immunsystemets og kardiovaskulære funktioner¹⁹. Samtidigt peger flere undersøgelser på, at lav grad af social støtte øger risikoen for tidlig død, særligt gennem hjertekarsygdom og uheldsmæssig sundhedsadfærd som for eksempel højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og rygning^{17,20}.

Indikatoren social støtte er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010, 2013, 2017). Indikatoren er ikke opdelt på køn, men på hvorvidt personen har langvarig sygdom eller ej. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.10

Andelen, der har lav grad af social støtte, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

	2010			2013			2017			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	4,6		142.108	4,6		130.003	4,8		143.702	
LANGVARIG SYGDOM = NEJ	4,0		90.759	4,1		80.334	4,1		86.584	
Grundskole	6,0	2,12*	19.565	5,6	1,89*	16.252	5,5	2,04*	15.508	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4,0	1,56*	39.252	4,3	1,53*	34.739	4,0	1,41*	36.771	
Videregående uddannelse	2,5	1	30.337	2,7	1	27.921	2,8	1	32.128	
Uoplyst	7,2	2,78*	1.605	8,8	3,44*	1.422	9,4	3,64*	2.177	
<i>SII**</i>	-3,1			-2,6			-3,2			0,89
LANGVARIG SYGDOM = JA	5,7		51.349	5,5		49.669	5,8		57.118	
Grundskole	7,4	2,01*	15.177	7,1	2,11*	13.404	7,6	2,22*	14.017	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5,5	1,51*	21.170	5,6	1,64*	20.646	5,6	1,55*	24.127	
Videregående uddannelse	3,7	1	13.824	3,4	1	14.652	3,7	1	17.859	
Uoplyst	8,8	2,84*	1.178	7,9	2,63*	967	10,5	3,17*	1.115	
<i>SII**</i>	-4,1			-4,2			-4,7			0,19

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer der har lav grad af social støtte, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.10 viser sammenhængen mellem andelen, der har lav grad af social støtte, og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

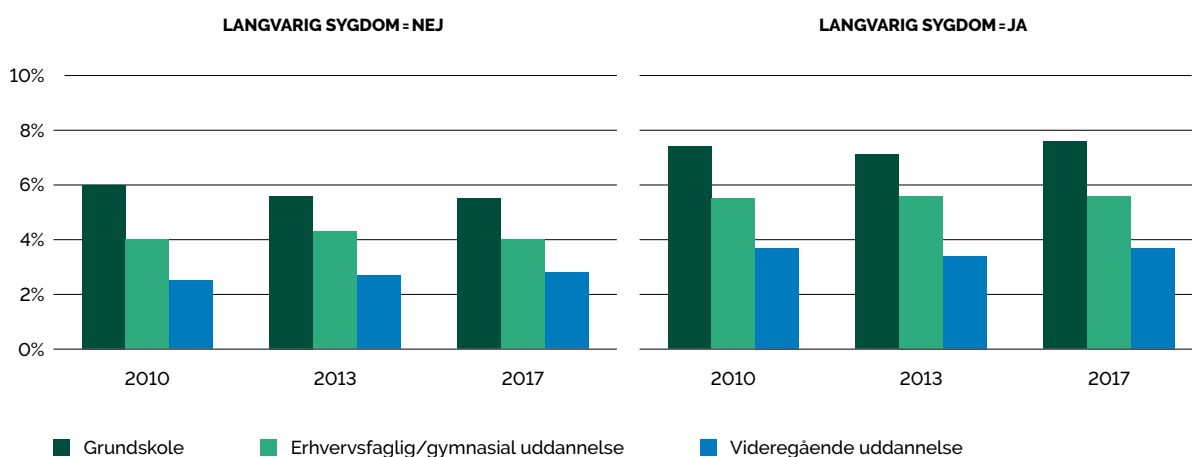
I 2017 er der blandt personer uden langvarig sygdom med grundskole 6 % med lav grad af social støtte. Det gælder 4,0 % og 2,8 % blandt personer med henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt personer med langvarig sygdom og grundskole er der i 2017 8 % med lav grad af social støtte. For personer med langvarig sygdom og henholdsvis erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse gælder det 6 % og 3,7 % i 2017.

Justeret for alder og køn er sammenhængen mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og andelen med lav grad af social støtte, statistisk signifikant i alle tre år både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom. Der ses en social gradient, hvor andelen, med lav grad af social støtte, er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i andelen, med lav grad af social støtte, beregnet som forskellen mellem personer med højest og lavest fuldførte uddannelsesniveau (SII), er henholdsvis 3,2 procentenheder blandt personer uden langvarig sygdom og 4,7 procentenheder blandt personer med langvarig sygdom i år 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

FIGUR 7.10

Andelen, der har lav grad af social støtte, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



Figur 7.10 viser sammenhængen mellem andelen, der har lav grad af social støtte og højest fuldførte uddannelsesniveau blandt personer uden langvarig sygdom og personer med langvarig sygdom på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen med lav grad af social støtte i alle tre år, både blandt personer uden langvarig sygdom og blandt personer med langvarig sygdom, således at andelen med lav grad af social støtte er lavere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 2010-2017.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række indikatorer relateret til kontakt med sundhedsvæsenet. Det gælder social ulighed i deltagelse i screening-programmer for kræft, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser, visiteret hjemmeplejeydelser og kommunale sygeplejeydelser. Derudover har vi beskrevet social ulighed i førtidspension og i mangel på social støtte, som kan være afgørende i forbindelse med sygdomsforløb og langvarig sygdom.

Blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en lavere andel, der deltager i screening for livmoderhalskræft og screening for brystkræft, end blandt kvinder med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Ligeledes gælder det, at der blandt personer med grundskole er en lavere andel, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft end blandt personer med videregående uddannelse. I perioden 2010-2017 er den sociale ulighed i deltagelse i screening for livsmoderhalskræftscreening steget. Ligeledes gælder det at, at der er sket en stigning i den sociale ulighed i deltagelsen i brystkræftscreening og i deltagelsen i tyk- og endetarmskræft blandt mænd, men ikke blandt kvinder.

Blandt mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har kontakt til almen praktiserende læge, justeret for behov, end blandt mænd med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Der ses ingen forskelle blandt kvinder. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med almen praktiserende læge justeret for behov. Blandt personer med grundskole er der en højere andel, der har kontakt til praktiserende speciallæge, justeret for behov, end blandt personer med en videregående uddannelse. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med praktiserende speciallæge, justeret for behov.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der er visiteret til personlig pleje, end blandt personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau i 2010, men ikke i 2017. Der ses i perioden 2010-2017 ingen ændring i den sociale ulighed for visiteret til personlig pleje. Blandt mænd med grundskole er der en højere andel, der er visiteret til praktisk hjælp. Der er sket et fald i den sociale ulighed i perioden 2010-2017 for visiteret til praktisk hjælp blandt mænd. Blandt personer med grundskole er der en højere andel, der har modtaget kommunale sygeplejeydelser end blandt personer med en videregående uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og mænd i 2013.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har en forebyggelig indlæggelse og en korttidsindlæggelse, end blandt personer med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. I perioden 2010-2017 er den sociale ulighed steget for både forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser.

Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der får førtidspension, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. I perioden 2000-2017 er den sociale ulighed i andelen, der får førtidspension steget både blandt kvinder og blandt mænd.

I forhold til mangel på social støtte er der blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau en større andel, som oplever mangel på sociale støtte, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Det gælder både personer med og uden langvarig sygdom. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i perioden 2010-2017.

Referencer

1. OECD. Health for everyone?: Social inequalities in health and health systems. Paris: OECD Publishing; 2019.
2. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
4. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening Dansk kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2018 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram - www.rkkp.dk; 2019.
5. Vejborg I. Mammografiscreening i Danmark. Kliniske retningslinjer: Dansk Radiologisk Selskab; 2010.
6. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft København: Sundhedsstyrelsen; 2010 og 2012.
7. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
8. Vallgård S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. København: Munksgaard; 2016.
9. Danske Regioner. Fakta om praksissektoren: Danske Regioner; 2018.
10. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser: Sundhedsstyrelsen; 2015.
11. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015. København Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015.
12. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
13. Danmarks Statistik. AED06: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn Danmarks Statistik; 2018 [Available from: <https://www.statistikbanken.dk/AED06>].
14. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2018.
15. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden. *Scand J Public Health*. 2007;35(4):341-7.
16. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695-718.
17. Vaux A. Social support: Theory, research, and intervention: Praeger publishers; 1988.
18. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *2000;101(16):1919-24*.

19. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *J Social indicators research*. 2014;117(2):561-76.
20. Uchino BN. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006;29.

Bilag



Bilag 1

Materialer og metode

Beskrivelse datakilder anvendt i rapporten

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra en række nationale registre, kliniske kvalitetsdatabaser samt data fra udvalgte spørgeskemaundersøgelser. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Registre

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR)¹ blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med adresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål. Ligeledes bliver oplysninger om alle nulevende personer med dansk bopælsadresse registreret i CPR. 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.

Datatræk udført d. 1.7.2019

Det Medicinske Fødselsregister

Det Medicinske Fødselsregister (MFR)² blev etableret i 1973 og indeholder data om alle fødsler i Danmark². Det består af prospektivt indsamlede data fra graviditet til den nyfødte periode og dækker omkring 99 % af alle fødsler. Fra MFR er det muligt at indhente data omkring moderens karakteristika, barnets antropometri samt komplikationer under graviditeten og ved fødslen. Det primære formål med MFR er registrering og monitorering af sundheden blandt nyfødte samt kvaliteten af svangreomsorgen. I denne rapport er MFR anvendt til at indhente informationer om gestationsalder, fødselsvægt og mortalitet.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Den Nationale Børnedatabase

Den Nationale Børnedatabase (BDB)³ blev oprettet i 2009 med det formål at opbygge en fælles offentlig database om børns sundhed. Alle børn, som bor i Danmark, bliver tilbudt forebyggende helbreds- og funktionsundersøgelsen. Data er systematisk udvalgt fra undersøgelserne foretages af sundhedsplejersker og praktiserende læger. BDB indeholder oplysninger om højde, vægt, passiv rygning og amning. I denne rapport har vi anvendt BDB til at indhentet information om amning.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR)⁴ blev etableret i 1977 og indeholder oplysninger fra offentlige og private hospitaler. LPR indeholder information om CPR-nr, hospitalsafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse, behandling og operation, for både somatiske, psykiatriske og akutte ambulante kontakter. En patientkontakt starter ved indskrivningsdato, typisk ved indlæggelse, og afsluttes ved udskrivningsdato, hvor indberetningen til LPR sker. Hver patientkontakt tildeles i registeret et unikt identifikationsnummer. Der er

ikke direkte information om et samlet behandlingsforløb, der involverer flere afdelinger, da LPR er baseret på enkeltkontakter. Et patientforløb vil med et ambulante besøg, en indlæggelse og et efterfølgende ambulante besøg dermed udgøre tre kontakter. Fra 1994 og fremefter anvendes ICD-10 klassifikationer af diagnoser, og fra 1996 og fremefter bruges den danske udgave af Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP) til operations- og behandlingsklassifikation for operationer (procedurer). LPR anvendes i mange forskellige sammenhænge, og dets formål er flerfoldigt. Formålet med LPR er blandt andet at danne grundlag for løbende hospitalsstatistik, kvalitetssikring af hospitaler, give patienter mulighed for indsigt i hospitalsbehandling, epidemiologisk forskning, etc. LPR danner desuden helt eller delvist datagrundlag for andre registre heriblandt Cancer- og Fødselsregisteret. Data fra psykiatriske afdelinger er desuden også anvendt i nærværende rapport (LPR-PSYK). I denne rapport har vi anvendt LPR til at indhentet information om somatiske og psykiske sygdomme.

Datatræk udført d. 02.07.2019 (LPR), 22.11.2019 (LPR-ULYK) og 29.11.2019 (LPR-PSYK)

Det Centrale Psykiatriregister

Det centrale psykiatriregister (PCR)⁵ blev etableret i 1970 og indeholder oplysninger om patienter behandlet på psykiatriske afdelinger i Danmark. PCR indeholder information om CPR-nr, start- og slut-dato for behandling, diagnoser, type henvisning, og indlæggelsesmåde. Indtil 1995 indeholder registret udelukkende indlagte patienter, og fra 1995 også det også patienter i ambulante forløb samt skadestuekontakter. PCR er i dag en integreret del af Landspatientregistret (LPR). I denne rapport har vi anvendt PCR til at indhentet information om psykiske sygdomme.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Sygesikringsregistret

Sygesikringsregisteret (SSR)⁶ indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. SSR indeholder blandt andet information omkring CPR-nr, alder, køn, bopæl, speciale for ydelse, ydernummer, dato for ydelse. Registeret dækker over to opdelte perioder, der delvist overlapper hinanden. Registerets formål er at fungere som dokumentation for ydelser udført. Det indeholder ikke detaljeret information om sygdom eller behandling for den enkelte patient. I denne rapport er Sygesikringsregisteret anvendt til at indhente oplysninger om brugen af sundhedsydelser.

Datatræk udført d. 02.07.2019 (SSSY og SYSI).

Cancerregistret

Cancerregisteret blev etableret i 1942 med det formål at indsamle data på nye tilfælde af kræft⁷. Cancerregistret benyttes til statistikker for incidensen og prævalensen af kræft i Danmark og anvendes i planlægningen af sundhedsydelser samt udgør et grundlag for forskning indenfor bl.a. årsager og forløb. I denne rapport er Cancerregisteret anvendt til at identificerer nye tilfælde af bryst- lunge- samt tyk- og endetarmskræft.

Datatræk udført d. 29.11.2019

RKKP, Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft (DKLS)⁸ er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DKLS blev etableret i 2009. Formålet med DKLS er at overvåge og forbedre kvaliteten af livmoderhalskræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKLS indeholder information om CPR-nr, dato invitation til screening, dato for rykkere, diagnose, og HPV-test. I denne rapport har vi anvendt DKLS til at indhentet information om deltagelse i screening for livmoderhalskræft.

Datatræk udført d. 08.11.2019

RKKP, Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)⁹ er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DKMS blev etableret i 2007. Formålet med DKMS er overvåge og forbedre kvaliteten af mammografiscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKMS indeholder information om CPR-nr, dato for invitation til screening, dato for rykkere, strålingseksponering og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DKMS til at indhente information om deltagelse i mammografiscreening for brystkræft.

Datatræk udført d. 20.09.2019

RKKP, Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)¹⁰ er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DTS blev etableret i 2014. Formålet med DTS er overvåge og forbedre kvaliteten af tarmkræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DTS indeholder information om CPR-nr, dato for invitation til screening, dato for indsendt afføringsprøve, testresultat, og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DTS til at indhente information om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft.

Datatræk udført d. 08.11.2019

Det Danske Vaccinationsregister

Vaccinationer afregnet med sygesikringen er siden 1996 registreret i Det Danske Vaccinationsregister (DDV)¹¹. Fra november 2015 har der været indberetningspligt til DDV for alle læger. Formålet med vaccinationsregistret er at give både privat- og sundhedspersoner, adgang til en samlet oversigt over de vaccinationer, som en person har fået, samt adgang til børns vaccinationer. I denne rapport har vi anvendt DDV til at indhente information om børnevaccinationsprogrammet og HPV-vacciner.

Datatræk udført d. 18.11.2019

Det Centrale Odontologiske Register (SCOR)

Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR)¹² blev oprettet i 1972 med formålet at støtte organisations- og kvalitetsudvikling i den kommunale tandpleje. Det indeholder data vedr. tandsundhedsforhold hos børn og unge. Alle børn og unge under 18 år er omfattet af vederlagsfri forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje. I denne rapport har vi anvendt SCOR til at indhente information om tand-sundhed blandt unge.

Datatræk udført d. 29.11.2019

Elevregisteret

Elevregisteret blev etableret i begyndelsen af 1970'erne¹³. Formålet med registeret er at kunne belyse tilgangen og afgang fra det ordinære uddannelsessystem såvel som elevstrømmene i dette. Registeret dækker over uddannelser fra 0. klasse til forskeruddannelse og omfatter studerende ved ordinære uddannelser som er offentlig reguleret. Registeret er organiseret således, at man kan følge de enkelte uddannelsesprogrammer, som den enkelte studerende har været indskrevet på gennem sin uddannelseskariere. I denne rapport har vi anvendt Elevregisteret til at indhente oplysninger om igangværende uddannelse blandt unge under 30 år.

Datatræk udført d. 11.09.2019

Uddannelsesregistret

Uddannelsesregisteret indeholder information om afsluttede uddannelser for hele den danske befolkning siden 1974¹³. I registret er uddannelserne klassificeret i henhold til Danmarks Statistiks klassifikationssystem (DISCED-15) samt *International Standard Classification of Education* (ISCED2011). Information om uddannelse kan være ufuldstændig for personer født før 1945, samt for mange indvandrere. Uddannelsesregistret er i denne rapport anvendt til definition af højest fuldførte uddannelsesniveau.

Datatræk udført -d. 01.07.2019

Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)¹⁴ indeholder oplysninger om salg af humane og veterinære receptpligtige lægemidler i Danmark siden 1995. Formålet med LSR er bl.a. at overvåge lægemiddelforbruget for at styrke sundhedsmyndigheders beslutningsgrundlag. Dertil anvendes registeret til forskning, hvor det bruges til at vurdere lægemiddelforbrugets virkning på sygdom og sundhed. Ved indløsning af en recept registreres der omkring 20 forskellige oplysninger. LSR er i denne rapport anvendt til definition af sygdomme, hvor medicinindtag er en del af definitionen.

Datatræk udført d. 02.07.2019

Indkomstregisteret

Indkomstregisteret indeholder data om indkomst for hele den danske befolkning siden 1970¹⁵. Formålet med registret er at skabe et overblik over befolkningens indkomst for at vise udviklingen blandt forskellige befolkningsgrupper. Indkomstregistret bygger på en række mindre registre blandt andet SKATs Centrale Skatteyderregister (CSR), Det Centrale Pensionsregister og Pensionsafgiftsregisteret. Data indsamles årligt, og den primære kilde til data om indkomst er SKATs slutligningsregister samt e-indkomstregistret. Disse oplysninger suppleres med information om udbetalinger af overførsler fra kommuner, a-kasser og interne registre i Danmarks Statistik. Indkomstregistret er i denne rapport anvendt til definition af individuelt indkomstniveau.

Datatræk udført d. 11.09.2019

Arbejdsklassifikationsmodulet

Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)¹⁶ er et register fra 1976, og indeholder en række oplysninger til belysningen af personers arbejdsmarkeds-mæssige placering i løbet af året. Formålet med registeret er at give statistiske baggrundsoplysninger vedr. befolkningens beskæftigelsesforhold. AKM er baseret på oplysninger fra en række forskellige registre, såsom CPR, registre fra Told- og Skattestyrelse, samt diverse registre omkring løn- og ansættelsesforhold. I denne rapport er AKM anvendt til definition af arbejdsløshed.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Dødsårsagsregisteret (DAR)

Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, der indeholder oplysninger omkring dødsfaldet. Disse oplysninger danner grundlaget for Dødsårsagsregistret (DAR)¹⁷. Centralt for DAR er selve dødsårsagen, men registret indeholder også oplysninger om dødsdato, dødssted, og alder ved dødstidspunkt. Registret indeholder data fra 1970 og frem. Formålet med registret er at indhente oplysninger om enkeltpersoners dødsårsager, hvilket danner grundlag for Sundhedsdatastyrelsens dødsårsagsstatistik. Med denne statistik ønsker man at beskrive generelle udviklingstendenser i dødsårsager, og dermed give muligheden for at sammenligne på tværs af regioner i landet. I denne rapport er DAR anvendt til at definere selvmord og dødelighed.

Datatræk udført d. 04.11.2019

Vandringsdata (VNDS)

Information om indvandring til Danmark og udvandring fra Danmark er baseret på CPR registret¹⁸. Informationen er indsamlet siden 1980. I Danmark skal tilflyttere fra udlandet, som har til hensigt at bo i Danmark i mindst 3 måneder, registreres i folkeregisteret og får et dansk CPR-nr. Data indeholder CPR-nr, og dato for ind- og udvandring. I denne rapport er VNDS anvendt til at bestemme om en person er ind- eller udvandret.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Ældredokumentation (AEFV)

Ældredokumentation blev etableret i 2008 med information om visiteret hjemmehjælp¹⁹. Registret indeholder information om CPR-nr, dato, typen af visiteret hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp). AEFV er i denne rapport anvendt til at definere visiteret personlig pleje og praktisk hjælp.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Kommunale sygeplejeydelser (HJSP)

Registret med kommunale hjemmesygeplejeydelser (HJSP)²⁰ indeholder information om CPR-nr, ydelsestype og dato for ydelse. HJSP er i denne rapport anvendt til at definere modtaget kommunale sygeplejeydelser.

Datatræk udført d. 03.07.2019

Familieindkomster (FAIK)

Registret med familieækvivaleret disponibel indkomst (FAIK)²¹ blev etableret i 1990. Registret indeholder information om familieidentifikationsnummer og familieækvivaleret disponibel indkomst. FAIK er i denne rapport anvendt til at definere familieækvivaleret indkomstniveau.

Datatræk udført d. 01.07.2019

Spørgeskemaundersøgelser

Arbejds miljø og Helbred (AH)

Arbejds miljø og Helbred (AH)²² er en spørgeskemaundersøgelse blandt beskæftigede i Danmark. Undersøgelserne gennemføres hvert andet år siden 2012. Undersøgelseernes formål er at forbedre arbejdsmiljøet på danske arbejdspladser. AH er i denne rapport anvendt til at definere indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver og fysiske krav.

Dataudtræk udført 4.7.2019

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)^{23,24,25} er en undersøgelse udført blandt den danske voksne befolkning (16 år eller derover) omhandlende deres sundhed og sygelighed i henholdsvis 2010, 2013 og 2017. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. NATSUP er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en stikprøve fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve, hvor alle fem stikprøver er gensidigt udelukkende. I denne rapport er NATSUP anvendt til selvvurderet helbred, mental sundhed, stress, selvrapporterede smerter i ryg, nakke og led, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, svær overvægt, ophobning af risikofaktorer, behovsjustering samt social støtte blandt voksne.

Dataudtræk udført 11.10.2019

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY)

Den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY)^{26,27,28} gennemføres i den voksne befolkning (16 år eller derover). Der indsamles data til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning og til brug for forskning og analyser. Undersøgelserne er gennemført siden 1987. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen. SUSY er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en national repræsentativ stikprøve. SUSY er i denne rapport anvendt til at definere funktionsevne og stofbrug.

Dataudtræk udført 13.11.2019

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE

SHARE er en repræsentativ forløbsundersøgelse af personer på 50 år eller derover, hvor der i én og samme undersøgelse indsamles individuelle informationer om demografi, helbred og socioøkonomiske forhold. Data bliver indsamlet hvert andet år, og det startede i 2004 med første bølge. I denne rapport indgår data fra bølge 4-6^{29,30,31}, som blev gennemført i 2015. Bølge 7, som blev gennemført i 2017, indgår ikke. Grunden er, at GDPR trådte i kraft inden bølge 7 blev frigivet. Det betyder, at der kræves en særlig godkendelse til at koble SHARE-data med CPR-numre, og denne blev ikke indhentet i forbindelse med bølge 7. SHARE er i denne rapport anvendt til at definere gribeevne.

Dataudtræk udført 9.10.2019

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)^{32,33,34} er det danske bidrag til det internationale forskningssamarbejde om børns (11-, 13- og 15-årige) sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. HBSC blev første gang gennemført i 1984. HBSC er baseret på et repræsentativt udsnit af danske skoleelever i 5., 7. og 9. klasse. Spørgsmålene er udviklet i Danmark til skolebørn i alderen 11-15 år. HBSC er anvendt vedrørende self-efficacy, livstilfredshed, overvægt, og ensomhed. Spørgsmålene har vist sig at fungere tilfredsstillende, da skolebørnene forstår dem og gerne vil svare på dem, og da psykometriske test viser, at de er pålidelige. HBSC er i denne rapport anvendt til at definere børneovervægt, ensomhed, livstilfredshed, og self-efficacy blandt børn.

Dataudtræk udført 27.1.2020

Analysemetoder

Hver indikator er beskrevet ved fordelingen af den givne indikator i forhold til højest fuldførte uddannelsesniveau (og køn). For at undersøge om forekomsten af en indikator varierer signifikant mellem højest fuldførte uddannelsesniveau er benyttet to forskellige regressionsmetoder: logistisk regression og Poisson regression af incidensrater.

Logistisk regression

Logistisk regression benyttes ved analyse af en binær indikator (0/1), f.eks. født tidligt, der kategoriseres ved enten ja eller nej. Forekomsten af helbredsindikatoren sammenlignes mellem højest fuldførte uddannelsesniveauerne med videregående uddannelse som referencegruppe. Som resultat af en logistisk regression beregnes en odds ratio (OR), der beskriver en evt. mindre eller øget odds (chance) for den givne indikator.

Poisson regression af incidensrater

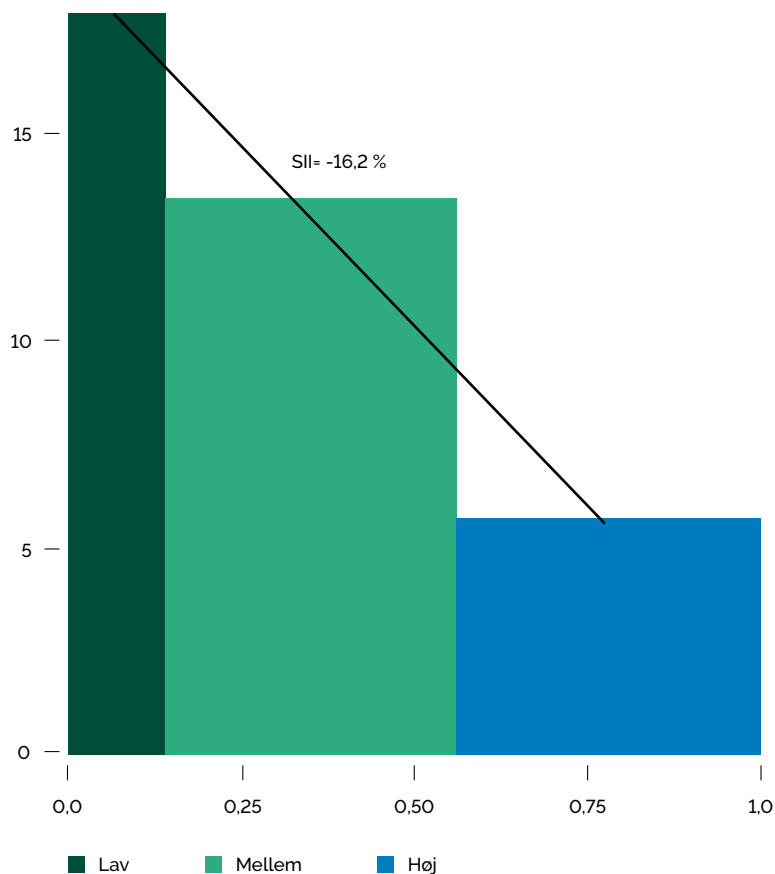
Poisson regression af incidensrater benyttes ved analyse af en sygdomsrate, dvs. antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 person-år. Antal nye tilfælde af helbredsindikatoren pr. 100.000 sammenlignes mellem uddannelsesniveauerne med videregående uddannelse som referencegruppe ved regression. Som resultat af en Poisson regression beregnes en incidensrateratio (IRR), der beskriver en evt. mindre eller øget hyppighed for udvikling af nye sygdomstilfælde.

Slope index of inequality

Som mål for social ulighed benyttes et Slope index of inequality (SII). SII beskriver, om der er forskel i forekomst af indikatoren på tværs af uddannelsesgrupper. Som eksempel er anvendt andelen af piger med overvægt. SII beregnes separat for hvert år, og beregnes på baggrund af det totale antal personer pr. uddannelsesniveau fra lavest til højest fuldførte uddannelsesniveau. SII er en hældningskoefficient beregnet ved en vægtet regression på tværs af uddannelsesniveauerne fra lavest til højest fuldførte uddannelsesniveau.

FIGUR B.1.1

Illustration af beregning af Slope index of inequality (SII).



De tre søjler i figur B.1.1 repræsenterer de tre uddannelsesgrupper (familiesocialgruppe), hvor højden af søjlen viser andelen af piger med overvægt, og bredden på søjlerne viser gruppernes størrelse i forhold til hinanden. SII bestemmes ved en vægtet regression på tværs af grupperne og angives ved hældningskoefficienten af denne. Eksemplet her er forenklet og vises kun for piger i 7. klasse i 2018, hvor SII er beregnet til -16,2%. SII i rapporten inkluderer piger i alle klassetrin med justering for klassetrin. For piger i 2018 er SII beregnet til -14,4 % (tabel 3.6).

Trend test – ændring i social ulighed over tid

For at undersøge, om der er sker en ændring i den sociale ulighed over tid, er der benyttet et trend test. Resultatet af trend testet er en angivelse af signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er uændret, eller om der er sket en statistisk signifikant ændring (fald eller stigning i uligheden).

Trend testet foretages ved en regression af SII for de år, der indgår for den enkelte helbredsindikator (alle år i perioden 2010-2017 for de fleste indikatorer, eller udvalgte år, når data ikke haves for alle årene i perioden).

5-års dødelighed

5-års dødelighed er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke indikator i perioden 01.01.2010 - 31.12.2013. Dødelighed er bestemt fra diagnosen er givet og fem år derefter.

Mistet beskæftigelse i en 4-årig periode

Andelen af personer, der har mistet beskæftigelsen, er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke helbredsindikator i perioden 01.01.2010 - 31.12.2013. Personerne i denne analyse skal have været i arbejde året før diagnosen, samt være højst 59 år gammel ved diagnosen.

Som mål for tilknytning til arbejdsmarkedet benyttes det dominerende indkomstgrundlag i perioden 2010-2013. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var selvforsørgende i opgørelsesperioden, dvs.: selvstændige, medarbejdende ægtefæller og lønmodtagere. Personer, der ikke er i arbejde, er: arbejdsløse, modtagere af dagpenge, pensionister, kontanthjælpsmodtagere og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Definition af indikatorer

Kapitel 1: Sociale vilkår for sundhed

Indkomstfordeling (ginikoefficient)

Indikatoren *indkomstfordeling* er i denne rapport defineret på basis af information i Statistikbanken (DST)³⁵.

Fattigdom

Indikatoren *fattigdom* er i denne rapport defineret på basis af information fra Familieindkomstregistret (FAIK) og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). Fattigdom defineres i denne rapport som relativ fattigdom, hvor fattigdomsgrænsen er defineret ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen, tilsvarende til definitionen, der benyttes af OECD³⁶.

Medianindkomsten er defineret som den midterste indkomst i indkomstfordelingen blandt alle danskere. Dvs. 50 % har indkomst over medianindkomsten og 50 % har indkomst under medianindkomsten. Fattigdomsgrænsen er beregnet på baggrund af en families ækvivalerede disponible indkomst fra registeret Familieindkomster (FAIK).

Den ækvivalerede disponible indkomst er bestemt på baggrund af familiens størrelse (antal børn og voksne) og familiens disponible indkomst. Ækvivaleringen tager højde for familiens størrelse og evt. fordele ved stordriftsfamilier. Variablen for disponibel indkomst består af skattefri indkomst, beregnet lejeværdi, renteudgifter, skat mm. Metoden for beregning af familiens disponible indkomst har ændret sig ved en revision i 2013³⁷ og har dermed også påvirket den ækvivalerede disponible indkomst. I denne rapport betyder det, at der i perioden 2010-2012 er beregnet to fattigdomsgrænser, baseret for hhv. tidligere og nuværende metode for beregning af disponibel indkomst. Familier med negativ ækvivaleret disponibel indkomst indgår ikke ved beregning af fattigdomsgrænse eller i andelen af relativt fattige. Familier, der kun består af studerende, og familier, hvor primær forsørgeren er studerende, ekskluderes ved optælling af antal fattige³⁸.

Arbejdsløshed

Indikatoren *arbejdsløshed* er i denne rapport defineret på basis af information i registret Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er arbejdsløshed defineret ved personer angivet som 'Arbejdsløs mindst halvdelen af året'. Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-65 år, da det er forventet, at denne gruppe er på arbejdsmarkedet.

Kapitel 2: Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid for 30-årige

Indikatoren *restlevetid* for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer i Det Centrale Personregister (CPR), Dødsårsagsregistret (DAR), Uddannelsesregistret (UDDA) og indkomstregistret (IND). Den forventede restlevetid for 30-årige er i denne rapport beregnet for hvert højest fuldførte uddannelsesniveau og for indkomstgrupper.

Dødelighed i befolkningen

Indikatoren *dødelighed* er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret.

Udviklingen af dødelighed i befolkningen er i denne rapport beregnet for aldersgrupperne 15-29, 30-44 og 45-64 år.

Børnedødelighed og dødfødsler

Indikatoren *dødfødsler* er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister (MFR). Indikatorerne *neonatal dødelighed* og *dødelighed inden barnet er fyldt 5 år* er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret (DAR). Andelen af børn, der er dødfødte, bestemmes på baggrund af alle fødsler i Danmark. Andelen af neonatal død, bestemmes på baggrund af alle levendefødte. Andelen af børn, der dør inden de fylder 5 år, bestemmes på baggrund af alle levendefødte.

Selvvurderet helbred

Indikatoren *selvvurderet helbred* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?", med følgende svarmuligheder: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Andelen med godt selvvurderet helbred er defineret ved de personer, der har svaret "Fremragende", "Vældig godt" og "Godt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Funktionsevne

Indikatorerne *mobilitet og kommunikationsfærdigheder* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen^{26,27,28}.

Spørgsmålene fokuserer på henholdsvis fysisk og mentalt sundhed, og lyder således:

"Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?"

1. "Læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis normalt bruges)?"
2. "Høre, hvad der bliver sagt uden en normal samtale mellem tre eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)?"
3. Gå 400 meter uden at hvile?
4. Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile?
5. Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)?

Med svarmulighederne: "Ja, uden besvær", "Ja, med lidt besvær", "Ja, med meget besvær" og "Nej, slet ikke".

Andelen med dårlig mobilitet er defineret på basis af spørgsmål 3, 4 og 5, ved de personer der har svaret "Nej, slet ikke" eller "Ja, med meget besvær" til et eller flere af spørgsmålene. Andelen med dårlige kommunikationsfærdigheder er defineret på basis af spørgsmål 1 og 2, ved de personer der har svaret "Nej, slet ikke" eller "Ja, med meget besvær" til et eller flere af spørgsmålene.

Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 3: Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsler

Indikatorerne *født før uge 37* er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister. Født tidligt er i denne rapport defineret ved fødsel inden uge 37.

Indikatoren *født små* er i denne rapport defineret på basis af information i det Medicinske Fødselsregister. Født små er defineret ved barnets fødselsvægt i forhold til gestationsalderen (graviditetens længde). Født små eller Small for gestational age (SGA) er bestemt på basis af grænseværdier fra studiet Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights³⁹. Den forventede fødselsvægt (Average for gestational age, AGA) beregnes ved brug af barnets gestationsalder. Børn, der er født små, er defineret ved en fødselsvægt under grænsen for SGA.

Amning

Indikatoren *fuldamning* i mindst fire måneder er i denne rapport defineret på basis af information i Den Nationale Børnedatabase. Andelen af børn, der er fuldt ammet de første fire måneder efter fødslen.

Børnevaccinationsprogram

Indikatoren *gennemført børnevaccinationsprogram* er i denne rapport defineret på basis af information i Det Danske Vaccinationsregister (DDV), med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger⁴⁰. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til vaccinations tidspunkt har for nogle vacciner ændret sig over tid. Resultaterne vil derfor i perioden 2010 til 2016 repræsentere flere fødselsårgange.

I denne rapport bestemmes andelen, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet ved at alle vaccine doser er modtaget i barnets 6. (født i perioden 01.04.2004 - 31.12.2012) eller 13. (født i perioden 01.01.1997 - 31.03.2004) leveår. Populationen er afgrænset ved at børnene skal være registreret i Det Centrale Personregister (CPR) det år, hvor gennemførelse af vaccinationsprogrammet evalueres, og at barnets forældre skal være registreret i CPR det år, barnet er født. Forældrenes igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau er bestemt for det år, barnet er født, og dermed burde påbegynde vaccinationsforløbet.

HPV-vaccination

Indikatoren *gennemført HPV-vaccination* er i denne rapport defineret på basis af information i Det Danske Vaccinationsregister (DDV). HPV-vaccination er en del af børnevaccinationsprogrammet, og bliver i denne rapport analyseret særskilt fra de andre vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet, da HPV-vaccination gennemføres senere end de resterende vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet. I denne rapport er gennemført HPV-vaccination bestemt for piger, da Sundhedsstyrelsens anbefaling til HPV-vaccination i perioden 2009 – 2019 kun gælder piger⁴¹.

Opgørelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger⁴². Sundhedsstyrelsens anbefalinger til HPV-vaccination har ændret sig siden indførelsen i 2009, og derfor vil der være forskellige kriterier afhængig af fødselsårgang. I denne rapport defineres gennemførelse af vaccination ved minimum to doser (født i perioden 01.01.2000 - 31.12.2005), eller 3 doser (født i perioden 01.01.1996 - 31.12.1999) i pigernes 14. leveår. Populationen er afgrænset ved, at pigerne skal være registreret i Det Centrale Personregister (CPR) ved påbegyndelse af vaccination og ved opfølgning på vaccinationsstatus, deres 12. og 14. leveår. Forældrenes uddannelses status er bestemt det år, vaccinationen forventes påbegyndt, det år pigen fylder 12 år.

Tandsundhed hos børn

Indikatoren *god tandsundhed* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Det Centrale Odontologiske Register (SCOR). Ifølge lovgivningen skal tandplejen registrere børns tandstatus i alderen 5, 7, 12 og 15 år. I denne rapport er god tandsundhed bestemt ved at børnene ikke har caries i tænderne. Populationen er afgrænset til det tandeftersyn, der foretages ved 15 år.

Børneovervægt

Indikatoren *overvægt blandt børn* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC) (2010, 2014, 2018)^{32,33,34}. Blandt voksne defineres overvægt ved et BMI over 25. Da børn vokser forskelligt afhængig af alder og køn, anvendes køns- og aldersspecifikke grænser. Her er BMI-grænsen på 25 for overvægt blandt voksne over 18 år ekstrapoleret ned til køns- og aldersspecifikke grænser. I denne rapport er BMI-grænsen for overvægt f.eks. 20,51 for en 11-årig dreng, mens den er 24,14 for en 15-årig pige.

Ensomhed børn

Indikatoren *ensomhed* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)³³. Spørgsmålet lyder således: "Føler du dig ensom?" med fire svarkategorier: 'Ja, meget ofte', 'Ja, ofte', 'Ja, af og til' og 'Nej'. De ensomme elever defineres som dem, der har svaret 'Ja, meget ofte' eller 'Ja, ofte'.

Livstilfredshed blandt børn

Indikatoren *lav livstilfredshed* er i denne rapport defineret på basis af på et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC)^{32,33,34}. Livstilfredshed er målt med en tilpasset udgave af den visuelle skala, Cantrils stige⁴³. På billedet af en stige med 11 trin fra 0 til 10, hvor 10 betyder 'det bedste mulige liv for dig' og 0 betyder 'det værste mulige liv for dig', skal eleverne svare på, hvor de selv synes, de er for tiden. I denne rapport er andelen med lav livstilfredshed defineret ved de personer der har angivet en score fra 0 til 5³⁴.

Self-efficacy blandt børn

Indikatoren *self-efficacy* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC)³⁴. Indikatoren er udviklet på baggrund af en ti-punkt skala af Schwarzer og Jerusalem⁴⁴. Målet indeholder to spørgsmål, der indfanger kernen af self-efficacy. Spørgsmålene lyder således: 1) 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' og 2) 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?' med følgende fem svarmuligheder: "Aldrig", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent" og "Aldrig". I denne rapport er andelen med lav self-efficacy defineret ved de personer, der har svaret "Nogle gange", "Sjældent" eller "Aldrig" til begge spørgsmål lagt sammen.

Børnefattigdom

Indikatoren *børnefattigdom* er i denne rapport defineret på basis af information i Familieindkomstregistret (FAIK) og Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet (AKM). Fattigdom er i denne rapport defineret ved relativ fattigdom, med en optælling af antallet af børn (personer under 15 år) hvor familiens ækvivalerede disponible indkomst er under fattigdomsgrænsen. Børn hvor begge forældre er studerende er ikke med i optællingen. Fattigdomsgrænsen er i rapporten målt ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen. En længere beskrivelse af hvordan fattigdomsgrænsen er defineret findes ved beskrivelse af indikatoren Fattigdom.

Gennemført ungdomsuddannelse

Indikatoren *gennemført ungdomsuddannelse* er i denne rapport defineret på basis af information i Uddannelsesregistret (UDDA). I denne rapport ser vi på andelen af de 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse. En ungdomsuddannelse er enten gennemført gymnasium eller erhvervsfaglig uddannelse.

Stofbrug

Indikatoren *stofbrug* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen^{45,46,47}. Spørgsmålet lyder således: 'Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer? Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?' "Hash", "Amfetamin", "Ecstasy", "Kokain", "LSD", "Heroin", "Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)", "Ketamin", "GHB (fantasy)", "Andre stoffer". Svarmuligheder: "Nej", "Ja, inden for den seneste måned", "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)", "Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)" og "Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?"

I denne rapport er stofbrug defineret ved besvarelserne "Ja, inden for den seneste måned" eller "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer i aldersgruppen 16 til 24 år.

Kapitel 4: Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Ryging

Indikatoren *daglig rygning* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: "Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)", med svarmulighederne: "Ja, hver dag", "Ja, mindst én gang om ugen", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op" og "Nej, jeg har aldrig røget".

I denne rapport er andelen af daglige rygere defineret ved de personer der har svaret "Ja, hver dag". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Alkoholindtag

Indikatorerne *alkoholindtag over højrisikogrænsen* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den National Sundhedsprofil^{23,24,25}.

Spørgsmålet lyder således: "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen? Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0)." Hvor der for hver dag (mandag til søndag) angives antal genstande for følgende kategorier: "Øl eller alkoholcider", "Vin eller hedvin" og "Spiritus eller alkoholsodavand". I denne rapport defineres andelen med et alkoholindtag over højrisikogrænsen, på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinjer med max 14 genstande for kvinder og max 21 genstande for mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Indikatoren *fem eller flere genstande ved samme lejlighed* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den National Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?", med svarmulighederne: "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt", "Månedligt", "Sjældent" og "Aldrig". I denne rapport er andelen med jævnlig binge drinking defineret ved de personer, der har svaret "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt" og "Månedligt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Fysisk inaktivitet

Indikatoren *fysisk inaktivitet* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil²⁵. Fysisk inaktivitet måles ved tid brugt på aktiviteter af hård eller moderat intensitet.

Spørgsmålene lyder således: 'De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i din fritid og ved transport (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse)'.

1. "På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)? Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen."

2. "Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil). Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen."

Hvor svarmulighederne består af angivelse af "timer" og "minutter pr. uge". Fysisk inaktivitet er bestemt på baggrund af WHO's minimumsanbefalinger for ugentlig fysisk aktivitet.

I denne rapport er andelen, der er fysisk inaktive defineret ved kategorisering "opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt

Indikatoren *svær overvægt* er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålene lyder således: 1 "Hvor høj er du (uden sko)?", med svar angivelse i cm. 2 "Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?", med svar angivelse i kg. Baseret på selvrapporert højde og vægt beregnes svarpersonens BMI. I denne rapport er andelen med svær overvægt defineret ved de personer, der har et BMI ≥ 30 . Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Ophobning af risikofaktorer

Indikatoren *ophobning af risikofaktorer* er i denne rapport defineret på basis af seks spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil²⁵. I denne rapport defineres risikofaktorer ved daglig rygning, alkohol indtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, fysisk inaktivitet målt ved WHO's retningslinjer og svær overvægt baseret på BMI (se specifikke definitioner ovenfor). I denne rapport er andelen af personer med to eller flere risikofaktorer benyttet. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Arbejdsmiljø – Indflydelse

Indikatoren *indflydelse på løsning* af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark^{48,49,50}.

Arbejdsmiljø – fysiske krav

Indikatoren *fysiske krav i arbejdet* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Arbejdsmiljø og helbred i Danmark^{48,49,50}.

Kapitel 5: Mentalt helbred og psykisk sygdom

Mental sundhed

Indikatoren *dårligt mentalt helbred* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Denne indikator defineres på baggrund af 12 spørgsmål om fysisk og mentalt helbred (SF-12), hvoraf der udregnes en samlet score for den mentale helbredskomponent. I denne rapport defineres dårlig mental sundhed på baggrund af besvarelser fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, og er afgrænset ved de 10 % med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Dette svarer til en score på 35,76 eller derunder, for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Højt stressniveau

Indikatoren *højt stressniveau* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{24,25}. Stressniveau er defineret ved Cohens Perceived Stress Scale⁵¹, dermed beskriver det personens egen oplevelse af stressniveauet. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne

i Danmark 2010²⁶, er højt stress niveau afgrænset ved de 20 % med den højeste score, er relativ grænseværdi. Dette svarer til en score på 18 eller derover for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Uønsket alene

Indikatoren *uønsket alene* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?", med svarmulighederne: "Ja, ofte", "Ja, en gang imellem", "Ja, men sjældent" og "Nej". I denne rapport er andelen, der oplever ensomhed defineret ved de personer, der har svaret "Ja, ofte". Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Depression

Indikatoren *depression* er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), Landspatientregistret (LPR-PSYK) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med depression defineret ved diagnosen depression stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af depression (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Bipolar lidelse

Indikatoren *bipolar lidelse* er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), og Landspatientregistret (LPR-PSYK). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med bipolar lidelse defineret ved diagnosen bipolar lidelse stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15 år eller derover.

Skizofreni

Indikatoren *skizofreni* er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR) og Landspatientregistret (LPR-PSYK). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med skizofreni defineret ved diagnosen skizofreni stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15 år eller derover.

Selv mord

Indikatoren *selvmord* er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregistret (DAR).

Kapitel 6: Somatiske sygdomme og ulykker

Diabetes

Indikatoren *diabetes* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er antallet af nye tilfælde med diabetes defineret ved diagnosen diabetes stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af diabetes. Ved definition af diabetes anvendes en modificeret version af algoritmen fra Register for Kroniske Sygdommes. De anvendte diagnosekoder og ATC-koder er specificeret i Bilag 2. Der skelnes ikke mellem specifikke typer af diabetes. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Iskæmisk hjertesygdom

Indikatoren *iskæmisk hjertesygdom* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med iskæmisk hjertesygdom defineret ved diagnosen iskæmisk hjertesygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar)

Indikatoren *cerebrovaskulær sygdom* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med cerebrovaskulær sygdom defineret ved diagnosen cerebrovaskulær sygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Indikatoren *KOL* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med KOL defineret ved diagnosen KOL stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af KOL (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Brystkræft

Indikatoren *brystkræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger i Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med brystkræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Lungekræft

Indikatoren *lungekræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med lungekræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Tyk- og endetarmskræft

Indikatoren *tyk- og endetarmskræft* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregistret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med tyk- og endetarmskræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-diagnoser

Indikatoren *muskel-skelet-diagnoser* er i denne rapport beskrevet på basis af oplysninger i Landspatientregistret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med muskel-skelet-diagnoser defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Selvrapporteret muskel-skelet-smerter

Indikatoren *selvrapporteret muskel-skelet-smerter* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?' "Smerter eller ubehag i skulder eller nakke", "Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led", "Smerter eller ubehag i ryg eller lænd" Med svarmulighederne: "Ja, meget generet", "Ja, lidt generet" og "Nej". I denne rapport er selvrapporteret muskel-skelet-smerter defineret ved de personer der har svaret "Ja, meget generet" til et eller flere af de ovenstående spørgsmål. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Demens

Indikatoren *demens* er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Landspatientregistret (LPR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med demens defineret ved diagnosen demens stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af demens (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Multisygdom

Indikatorerne *to eller flere sygdomme* og *fire eller flere sygdomme* er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR), Det Centrale Psykiatriregister (PCR) og Lægemiddelstatistikregistret (LSR). Begrebet multisygdom beskriver en tilstand, hvor en person har flere langvarige/kroniske sygdomme samtidigt, dvs. en optælling af diagnoser. Listen over de specifikke sygdomme og tilhørende diagnosekoder eller lægemidler kan ses i Bilag 3. I denne rapport defineres multisygdom ved andelen af personer, der har to eller flere diagnoser og andelen der har fire eller flere diagnoser.

Tandsundhed blandt voksne

Indikatoren *tandsundhed* er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen^{23,24,25}. Spørgsmålet lyder således: 'Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage?' (Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svar kategorien "alle tænder tilbage" bruges således selv om en eller flere visdomstænder er fjernet). Med følgende svarmuligheder: "Ingen tænder tilbage", "0-9 tænder tilbage", "10-19 tænder tilbage", "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage". Tyve eller flere egne tænder anses af WHO for at være et funktionelt tandsæt⁵². I denne rapport er andelen med god tandsundhed defineret ved de personer der har svaret "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Trafikulykker

Indikatoren *trafikulykker* er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR-ULYK). I denne rapport er andelen af trafikulykker defineret ved hospitalskontakter i forbindelse med en trafikulykke, angivet ved specifikke ulykkeskoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Faldulykker

Indikatoren *faldulykker* er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR-ULYK). I denne rapport er andelen af faldulykker defineret ved hospitalskontakter i forbindelse med en faldulykke, angivet ved specifikke ulykkeskoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 7: Kontakt med sundhedsvæsenet

Deltagelse i screening for livmoderhalskræft

Indikatoren *deltagelse i screening for livmoderhalskræft* er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder, der deltager i screening defineret ved, de kvinder der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Deltagelsesprocenterne for det pågældende år opgøres for kvinder, der er inviteret året forinden, så kvinderne har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 mdr. og 6 mdr. jf. invitationsproceduren. Antal inviterede kvinder kan inkludere kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen (total hysterektomi), om end antallet skønnes at være lille. Populationen er afgrænset til kvinder på 30-64 år.

Deltagelse i screening brystkræft

Indikatoren *deltagelse i screening for brystkræft* er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening, som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder der deltager i screening defineret ved, de kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af de inviterede kvinder. Kvinder, der har anmeldt deres deltagelse i screeningen i en tidligere screeningsrunde, er ikke inkluderet i invitationspopulationen. De fem regioner har ikke brugt samme start- og slutdato for de fem

screeningsrunder der indtil nu er gennemført og derfor opgøres screeningsdeltagelsen pr. runde og ikke pr. år. Nedenfor fremgår en oversigt over, hvornår de forskellige screeningsrunder er forløbet. Populationen er afgrænset til kvinder på 50-69 år.

TABEL B.1.1

Screeningsrunder af brystkræft.

Screening af brystkræft	
SCREENINGSRUNDE	ÅR
1	2007-2010
2	2009-2012
3	2011-2014
4	2013-2016
5	2016-2018

Deltagelse i screening tyk- og endetarmskræft

Indikatoren *deltagelse i tarmkræftsscreening* er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Tarmkræftsscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen der deltager i screening defineret ved, de personer der har indsendt en afføringsprøve indenfor 4½ måned efter invitation, ud af alle inviterede personer. Populationen er afgrænset til personer på 50-74 år.

Brug af sundhedsydelse (behovsjusteret)

Indikatoren *kontakt til praktiserende læge* er defineret på basis af information i Sygesikringsregisteret og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. Kontakt til praktiserende læge er defineret ved en eller flere kontakter til praktiserende læge og praktiserende speciallæge. I denne rapport er andelen, der har kontakt til praktiserende læge behovsjusteret. Ved behovsjustering bruges information om personens selvvalgte helbred, langvarig sygdom og helbredsmæssige begrænsninger ved lettere fysisk aktivitet.

Helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter er defineret ved følgende spørgsmål: "De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?"

1. "Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle"
2. "At gå flere etager op ad trapper"

Med følgende svarmuligheder: "Ja, meget begrænset", "Ja, lidt begrænset" og "Nej, slet ikke begrænset":

Ved behovsjustering er helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter angivet ved at have svaret "Ja, meget begrænset" til ingen, et eller to af de ovenstående spørgsmål. Se definition for de øvrige parametre ved behovsjustering under de enkelte afsnit. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Forebyggelige indlæggelser

Indikatoren *forebyggelig indlæggelse* er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregistret (LPR). En forebyggelige indlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse indenfor 10 specifikke diagnoser (Bilag 2). I denne rapport er andelen med forebyggelige indlæggelser defineret ved personer, der har en eller flere forebyggelige indlæggelser i løbet af et år. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Korttidsindlæggelse

Indikatoren *akut medicinsk korttidsindlæggelse* er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregistret (LPR). En korttidsindlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse på en afdeling inden for de medicinske specialer (Bilag 5), hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). I denne rapport ser vi på andelen af personer, der i løbet af året har en eller flere korttidsindlæggelser. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Visiteret hjemmepleje

Indikatorerne *personlig pleje* og *praktisk hjælp* er i denne rapport defineret på basis af information fra registret Ældredokumentation (AEFV) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. I denne rapport ser vi på den andel, der er visiteret til hjemmehjælp, minimum en måned i året. Visiteret hjemmehjælp er opdelt i to typer, personlig pleje og praktisk hjælp. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Sygeplejeydelser

Indikatoren *modtaget hjemmesygepleje* er i denne rapport defineret på basis af information i registret Hjemmesygepleje (HJSP) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}. I denne rapport ser vi på den andel, der modtager sygeplejeydelser en eller flere gange i løbet af året. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Førtidspension

Indikatoren *førtidspension* er i denne rapport defineret på basis af information i Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er førtidspension defineret ved personer angivet som 'Førtidspensionister'. Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-65 år.

Social støtte og langvarig sygdom

Indikatoren *social støtte* er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil^{23,24,25}.

Det første spørgsmål omhandler kontakt til andre mennesker: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne: "Ja, altid", "Ja, for det meste", "Ja, nogen gange" og "Nej, aldrig eller næsten aldrig".

Det andet spørgsmål lyder således: "Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder."

Svarmuligheder: "Ja" og "Nej".

I denne rapport er andelen med lav grad af social støtte defineret ved de personer, der har svaret "Nej, aldrig eller næsten aldrig" lagt sammen. Andelen af personer med lav social støtte bestemmes for personer med og uden langvarig sygdom. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Uddannelseskategorier

TABEL B.1.2

Oversigt over inddeling af uddannelsesniveau efter hovedområde (DISCED-15).

DISCED hovedområde			
KATEGORI	BESKRIVELSE	EKSEMPEL	UDDANNELSESLÆNGDE
Grundskole	Grundskole		≤9
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Gymnasiale uddannelser Erhvervsfaglige		10-12
Videregående uddannelse	Korte videregående uddannelser	Fx Erhvervsakademi	13-14
	Mellemlange videregående uddannelser	Fx pædagog, folkeskolelærer, tandplejer	15-16
	Bacheloruddannelser		15-16
	Lange videregående uddannelser	Fx kandidat	≥17
	Ph.d. og forskeruddannelse		
Uoplyst	Uoplyst		

Bilag 2

TABEL B.2.1

Koder for diagnoser og lægemidler anvendt i rapporten.

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
PSYKISK HELBRED						
Depression	PCR/LPR PSYK	F32, F33	296.09, 296.29, 296.99, 298.09, 300.49, and 300.19	N06A indikationskode 168 (depression)	ICD og/ eller ATC	(53)
Bipolar lidelse	PCR/LPR PSYK	F30, F31	296.19, 296.39	N05A, N06A med indikationskoder 491 (mani) eller 631 (behandling af bipolar lidelse)	ICD og/ eller ATC	(53)
Skizofreni	PCR/LPR PSYK	F20	295, 297.19, 295.79, 296.8, 297.99, 301.83		ICD	(54)
SOMATISK HELBRED						
Diabetes	LPR/LSR	E10, E11	Fra 1977-1986 blev der ikke skelnet mellem T1 og T2 ICD-8: 250. Fra 1987-1993 T1:249, T2: 250	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, exkl. Insuliner (eksklusiv A10BJO2)	ICD og/ eller ATC	(54)
Iskæmisk hjerter- sygdom	LPR	I20-25	410-414		ICD	(53)
Cerebro- vaskulær sygdom	LPR	G45-46, I60-69	430-438		ICD	(55)
KOL	LPR	J40-44, J47, J96	490-492	Indikationskoder 379 (ved kronisk obstruktiv lunnesygdom) og 464 (mod opblussen i kronisk obstruktiv lunnesygdom (KOL)) R43AC18, R03AC19, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL09, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03DX07	ICD og/ eller ATC	(54)
Brystkræft	CAR	C50	170		ICD	(53)
Lungekræft	CAR	C30-39	162, 162.2, 163		ICD	(53)
Colorectal kræft	CAR	C15-26	153 (Colon incl. rectosigmoid), 154 (Rectum excl. anus)		ICD	(53)

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
Muskelskeletdiagnoser	LPR/LSR	M00-M82		ATC for knogleskørhed: M05BA01, M05BA04, M05BA07, M05BA06 (kun Bonviva, Bonefurbit, Ibamyl, Ibandronat "Actavis", Ibandronat "Stada", Ibandronate "Bluefish", Ibandronsyre "2care4", Ibandronsyre "Medical Valley")), M05BB01, M05BB03, M05BX03, G03XC01, H05AA02, H05AA03	Ledsygdomme, Slidgigt, Rygsygdomme, Fibromyalgi: ICD Knogleskørhed: ICD og/eller ATC	(53)/ (55)
Demens	LPR/LSR	F00-F03	290.09-290.19	N06D	ICD og/eller ATC	(54)
Forebyggelige indlæggelser	LPR	Dehydrering: E869 Forstoppelse: K590 Nedre lufvejs sygdom: J12, J13, J14, J15, J18, J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47 Blærebetændelse: N30 (undtaget N303 og N304) Gastroenteritis: A09 Brud: S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92 Ernæringsbetinget anæmi: D50, D51, D52, D53 Sociale og plejemæssige forhold: Z59, Z74, Z75 Tryksår: L89				
Trafikulykker	LPR-ULYK	EUP, EUGO			ICD	
Faldulykker	LPR-ULYK	EUBA, EUBB, EUHE			ICD	

CAR: Cancerregisteret, LPR: Landspatientregisteret, PCR: Det centrale psykiatriske register, LSR: lægemiddelregisteret a Hvidberg et al. (53), b Schiøtz et al. 2017 (55), c RUKS (54)

Bilag 3

TABEL B.3.1

Koder for diagnoser og lægemidler for multisygdom anvendt i rapporten. Udtræksalgoritmerne er baseret på den henviste kilde. I enkelte tilfælde er algoritmen modificeret fra kilden. Dette er præsenteret i tabellen under kilde.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Diabetes	E10: Type 1-diabetes E11: Type 2-diabetes	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, exkl. Insuliner (eksklusiv A10BJ02)	(54)
Knogleskørhed	M80: Osteoporose med patologisk fraktur M81: Osteoporose uden patologisk fraktur M82: Osteoporose ved sygdom klassificeret andetsteds	Bisfosfonater: M05BA01: etidronsyre M05BA04: alendronsyre M05BA06 (kun 150 mg tabletter): ibandronsyre M05BA07: risedronsyre Bisfosfonater kombinationer: M05BB01: etidronsyre og calcium, sekvenspræparater M05BB03: alendronsyre og colecalciferol Strontiumranelat: M05BX03: strontiumranelat Raloxifen: G03XC01: raloxifen Teriparatid: H05AA02: teriparatid Parathyroidhormon: H05AA03: parathyroideahormon	(54)
Sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen inkl. struma	E00: Medfødt jodmangelsyndrom E01: Jodmangelrelaterede lidelser i skjoldbrusk-kirtlen og beslægtede tilstande E02: Kompenseret jodmangelbetinget myksødem E03: Anden hypothyroidisme E04: Anden atoksisk struma E05: Tyrotoksikose E06: Betændelse i skjoldbrusk-kirtlen E07: Andre sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen	H03: thyreoidea-terapi	(53)
Iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt	I20: Angina pectoris (hjertekrampe) I21: Akut myokardieinfarkt I23: Komplikationer i efterløbet af akut myokardieinfarkt I24: Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom I25: Kronisk iskæmisk hjertesygdom I50: Hjertesvigt I11 Hypertensiv hjertesygdom I13 Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom	CO1A: hjerteglycosider CO1B: anti-arytmica, klasse I og III CO1D: vasodilatorer anvendt ved hjertesygdomme CO1E: andre midler til hjerteterapi CO1AA05: digoxin C09A: ACE-hæmmere, usammensatte med indikationskoden 430	(55) med supplerende ATC-koder: CO1AA05 og C09A
Pulmonal hjertesygdom og sygdomme i lungekredsløbet	I26: Blodprop i lunge I27: Anden pulmonal hjertesygdom I28: Andre sygdomme i lungekredsløbet		(53)
Atrieflimren og -flagren	I48: Atrieflagren og atrieflimren		(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Hjerteklapsygdom	I05: Reumatiske affektioner af mitralklappen I06: Reumatiske affektioner af aortaklappen I34: Ikke-reumatiske sygdomme i mitralklappen I35: Ikke-reumatiske sygdomme i aortaklappen		(53)
Aterosklerose (åreforkalkning)	I70: Åreforkalkning		(53)
Årebetændelse	I80: Årebetændelse		(53) med undtagelse af I81 og I82
Forhøjet blodtryk	I10: Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag I12: Hypertensiv nyresygdom I15: Blodtryksforhøjelse med kendt årsag	Antihypertensiva: C02A, C02B, C02C Non-loop diuretika: C02DA, C02L, C03A, C03B, C03D, C03E, C03X, C07C, C07D, C08G, C09BA, C09DA, C09XA52 Vasodilatorer: C02DB, C02DD, C02DG Beta-blokerende midler: C07 Calciumkanalblokkere: C07F, C08, C09BB, C09DB Midler med virkning på renin-angiotensin systemet: C09	(55). Udeladt I11 og I13 for at undgå overlap med iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt
Forhøjet kolesterol	E78.0: Hyperkolesterolæmi E78.2: Blandet hyperlipidæmi E78.4: Anden hyperlipidæmi E78.5: Hyperlipidæmi UNS	C10: lipid-modificerende midler	(55)
Inflammatoriske tarmsygdomme	K50: Crohns sygdom K51: Ulcerøs colitis		(53)
Colon irritabile (IBS)	K58: Irritabel tyktarm		(53)
Sygdomme i lever, galdevejene og bugspytkirtlen	K71: Toksisk leversygdom K72: Leverinsufficiens IKA K73: Kronisk leverbetændelse IKA K74: Fibrose i lever og skrumpeliver K75: Andre former for betændelse i leveren K76: Andre leversygdomme K77: Leverlidelse ved sygdomme klassificeret andetsteds K86.1: Anden form for kronisk pankreatitis K87: Sygdomme i galdeblæren, galdevejene og bugspytkirtlen ved sygdomme klassificeret andetsteds		(53), eksklusiv koder for alkoholafhængighed for at undgå overlap.
Blodprop/blødning i hjernen	G45: Transitorisk cerebral iskæmi og beslægtede syndromer G46: Symptomkomplekser ved cerebrovaskulære sygdomme I60: Subaraknoidalblødning I61: Hjerneblødning I62: Andre ikke-traumatiske intrakranielle blødninger I63: Hjerneinfarkt I64: Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt I65: Okklusioner og stenoser af præcerebrale arterier uden hjerneinfarkt I66: Okklusioner og stenoser af cerebrale arterier uden hjerneinfarkt I67: Andre cerebrovaskulære sygdomme I68: Karforandringer i hjernen ved sygdomme klassificeret andetsteds I69: Senfølger efter karsygdomme i hjernen		(55)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Epilepsi	G40: Epilepsi G41: Status epilepticus	N03: antiepileptica N05BA: benzodiazepin-derivater N05CD: benzodiazepin-derivater De to sidste kun med indikationskode 155 eller 753	Læge- håndbogen
Migræne/hyppig hovedpine	G43: Migræne G44: Andre hovedpinesyndromer	N02C: midler mod migræne	(53)
Demens	F00: Demens ved Alzheimers sygdom F01: Vaskulær demens F02: Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds F03: Ikke specificeret demens G30: Alzheimers sygdom G31.8B: Hjernebarksdegeneration G31.8E: Lewy body sygdom G31.9: Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS G31.0B: Picks sygdom	N06D og indikationskoderne: 329 (demens), 330 (Alzheimers demens) eller 331 (Alzheimers sygdom)	(55)
Parkinson	G20: Parkinson sygdom G21: Sekundær parkinsonisme G22: Parkinsonisme ved sygdomme klassificeret andetsteds F02.3: Demens ved Parkinsons sygdom	N04: anti-parkinson midler	(53)
Sklerose	G35: Dissemineret sklerose (Multipel sklerose)		(53)
Kronisk obstruktiv lungesygdom	J40: Bronkitis ikke specificeret som akut eller kronisk J41: Kronisk bronkitis uden obstruktion J42: Kronisk bronkitis ikke nærmere specificeret J43: Lungeemfysem J44: Kronisk obstruktiv lungesygdom J47: Udvidelse af bronkier J96: Respirationsinsufficiens IKA	Indikationskoder 379 og 464 <ul style="list-style-type: none"> • indacaterol (R03AC18) • olodaterol (R03AC19) • salbutamol og ipratropiumbromid (R03AL02) • vilanterol og umeclidiniumbromid (R03AL03) • indacaterol og glycopyrroniumbromid (R03AL04) • formoterol og aclidiniumbromid (R03AL05) o olodaterol og tiotropiumbromid (R03AL06) o beclometasondipropionat, formoterol, glycopyrroniumbromid (R03AL09) • tiotropiumbromid (R03BB04) • aclidiniumbromid (R03BB05) • glycopyrroniumbromid (R03BB06) • umeclidiniumbromid (R03BB07) • roflumilast (R03DX07) 	(55)/(54)
Astma	J45: Astma	R03DC03: montelukast Indikationskoder 202, 203, 822	(54)
Kronisk nyresygdom og kronisk nyresvigt	N18: Kronisk nyreinsufficiens		(53)
Kræft i fordøjelsesorganer	C15-C26: Kræft i fordøjelsesorganer		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen	C30-C39: Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Modermærkekræft i hud	C43: Modermærkekræft i hud		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Brystkræft	C50: Brystkræft		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i kønsorganer	C51-C58: Kræft i de kvindelige kønsorganer C60-C63: Kræft i de mandlige kønsorganer		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Anden kræft (ikke metastaser)	C00-C14: Kræft i læber, mundhule og svælg C40-C41: Kræft i knogler og ledbrusk C45-C49: Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv C64-C68: Kræft i nyre og urinveje C69-C72: Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet C73-C75: Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler C81-C96: Kræft i lymfatisk og bloddannede væv		(55), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Depression	F32: Depressiv enkeltepisode F33: Periodisk depression F34.1: Dystymi F06.32: Organisk depressiv sindslidelse	N06A: antidepressiva med indikationskode 168	(53)
Angst	F40.1: Fobiske angsttilstande F41.1: Andre angsttilstande	Alle recepter med indikationskoderne: 163 og 371	Schiøtz
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser	F20: Skizofreni F21: Skizotypisk sindslidelse F22: Paranoide psykoser F25: Skizoaffektive psykoser F28: Andre ikke-organiske psykoser F29: Ikke specificeret ikke-organisk psykose	N05AX13, N05AX12, N05AH03, N05AX08	(55), med undtagelse af F31, som er medtaget i bipolar affektiv sindslidelse
Bipolar affektiv sindslidelse	F30: Manisk enkeltepisode (med i Hvidberg under denne kategori) F31: Bipolar affektiv sindslidelse	N05A: antipsychotica N06A: antidepressiva Med indikationskoderne: 491 og 631	(53)
Posttraumatisk belastningsreaktion	F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion		Lægehåndbogen
Tvangslidelse	F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand	N06A: antidepressiva med indikationskoderne 472 og 596	(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Spiseforstyrrelse	F50: Spiseforstyrrelser		Læge- håndbogen
Andre eftervirkninger/tilstande af alkoholafhængighed	G31.2: Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol G62.1: Alkoholisk polyneuropati G72.1: Alkoholisk myopati K29.2: Alkoholisk gastritis K70: Alkoholisk leversygdom K86.0: Kronisk alkoholisk pankreatitis		Læge- håndbogen
Allergisk rhinoconjunctivitis	J30.1: Pollenudløst allergisk rinitis J30.2: Anden sæsonbetinget allergisk rinitis J30.3: Ikke-sæsonbetinget allergisk rinitis J30.4: Allergisk rinitis UNS	V01AA02: græspollen V01AA03: husstøvmider V01AA05: træpollen V01AA11: dyr R01AC: antiallergiske midler, excl. corticosteroider R01AD: corticosteroider R06A: antihistaminer til systemisk brug S01G: decongestantica og antiallergica R01BA52: pseudoephedrin, kombinationer	(55)
HIV/AIDS	B20: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom medførende infektiøse og parasitære sygdomme B21: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med neoplastisk sygdom B22: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med andre specificerede sygdomme B23: Andre tilstande ved HIV-sygdom B24: HIV-sygdom og AIDS uden nærmere specificering		(53)
Ledsygdom	M05: Seropositiv leddegigt M06.0: Seronegativ reumatoid arthritis M06.8: Anden form for reumatoid arthritis M07.0: Psoriatisk arthritis i distale interfalangealled M07.1: Arthritis psoriatica mutilans M07.3: Anden form for psoriatisk artropati M10.0: Urinsur gigt M10.9: Urinsur gigt, andet	Indikationskoder 147, 402, 641	(55)
Slidgigt	M15: Slidgigt i flere led M16: Slidgigt i hofte M17: Slidgigt i knæ M18: Slidgigt i tommelfingers rodled M19: Andre former for slidgigt		(55)
Rygsygdom	M40-M43: Deformerende rygsygdomme M40: Kyfose og lordose M41: Skoliose M42: Osteokondrose i rygsøjlen M43: Andre deformerende rygsygdomme M45-M49: Spondylopatier M45: Spondylitis ankylopoietica M46: Andre inflammatoriske spondylopatier M47: Spondylose M48: Andre sygdomme i rygsøjlen M49: Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme klassificeret andetsteds M50-M54: Andre ryglidelser M50: Sygdomme i halshvirvelsøjlen båndskiver M51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver M53: Andre ryglidelser IKA M54: Rygsmerter		(55)
Fibromyalgi	M79.7: Fibromyalgi		(53)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Rygmarvs-skader/ Spinaltraume og syndromer med lammelse	G81: Hemiplegi G82: Paraplegi og tetraplegi G83: Andre syndromer med lammelse S14: Læsion af nerver og rygmarv i halsregionen S24: Læsion af nerver og rygmarv i brystregionen S34: Læsion af nerver og rygmarv i lænde- og bækkenregionen T09.3: Læsion af rygmarven UNS		Læge- håndbogen
Blindhed	H54: Blindhed og svagsyn		(53)
Tinnitus	H93.1: Tinnitus		Læge- håndbogen
Medfødte misdannelser	Q00-Q99: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier		(53)
Lægemedler inkluderes ved indløsning af minimum 2 recepter inden for de seneste to år. Udtræksalgoritmer er baseret på følgende tre kilder: Schiøtz et al. 2017 (55); Sundhedsdatastyrelsen. RUKS 2018 (54); Hvidberg et al. 2016 (53); og Lægehåndbogen, sundhed.dk.			

Bilag 4

Vaccinationskoder

Koder for vaccinationer anvendt i rapporten

Børnevaccinationsprogrammet består af vacciner til beskyttelse mod ti infektionssygdomme: difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste, polio, Haemophilus influenza type b (Hib), pneumokoksygdom, mæslinger, fåresyge og røde hunde.

TABEL B.4.1

Vaccinationskoder for børnevaccinationsprogrammet.

Vaccination		Anbefalet alder for vaccination	Eventuelle ændringer i vaccinationsprogrammet	Vaccine ID
Difteri, Stivkrampe (Tetanus), Polio, Ha-emophilus influenza type b,	DiTeKigPolHib	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mdr. • 5 mdr. • 12 mdr. 		4034, 4074, 4221, 4234, 4347, 3339, 3911, 4163, 4165, 4222, 4314, 4345, 4346, 2745, 3606, 3871, 4052, 4070, 4183, 2693, 3594, 3869, 3982, 4069, 4182, 4307, 4329, 3587, 3864, 3589, 3866, 4068, 4076, 4105, 4111, 4181
Pneumokoksygdom	Pneumokok	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mdr. • 5 mdr. • 12 mdr. 		3290, 3737, 3749, 3906, 3927, 4079, 4100, 4104, 4229
Mæslinger, Fåresyge, Røde hunde	MFR	<ul style="list-style-type: none"> • 15 mdr. 		2998, 3662, 3665, 3884, 3887, 4003, 4062, 4077, 4088, 4124, 4204, 4289
		<ul style="list-style-type: none"> • 4 år 	Tidligere 12 år (ændret i 2004, ref.)	
Difteri, Stivkrampe (Tetanus), Polio	DiTeKigPol Revaccination	<ul style="list-style-type: none"> • 5 år 		

Idet Sundhedsstyrelsens anbefalinger til Børnevaccinationsprogrammet har ændret sig over tid vil forskellige fødselsårge i nogle tilfælde have samme opfølgings tidspunkt. Vaccinen Pneumokok blev først indført i børnevaccinationsprogrammet i 2007, og grundet mangelfulde indberetninger vil denne ikke indgå ved definition af fuldført vaccinations program⁵⁶.

TABEL B.4.2**Vaccinationskoder for HPV-vaccination.**

Vaccination		Anbefalet alder ved vaccination	Eventuelle ændringer i vaccinationsprogram-met	Vaccine ID
Human Papilloma-virus	HPV	12 år		2793, 3610, 3613, 3874, 3951, 3985, 4059, 4090, 4113, 4186, 4193, 4271, 4309, 4310, 4326, 4327, 4335
		12 år og 5 mdr.	Tidligere 2 mdr.	
			Tidligere 6 mdr. ¹	

1. <https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2008/2008-pdf/epi-nyt---2008---uge-35.pdf?la-da>

Bilag 5

Koder for medicinske specialer

Medicinske specialer ved korttidsindlæggelse:

Intern medicin (01), geriatri (02), hepatologi (03), hæmatologi (04), infektionsmedicin (05), kardiologi (06), medicinsk allergologi (07), medicinsk endokrinologi (08), medicinsk gastroenterologi (09), medicinsk lunge-sygdomme (10), nefrologi (11), reumatologi (12), palliativ medicin (14), akut medicin (15), dermatovenerologi (18), neurologi (19), onkologi (22), fysiurgi (26) og tropemedicin (28).

Bilagsreferencer

1. Pedersen CB. The Danish civil registration system. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
2. Bliddal M, Broe A, Pottgard A, Olsen J, Langhoff-Roos J. The Danish medical birth register. *Eur J Epidemiol*. 2018;33(1):27-36.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Den nationale børnedatabase (BDB) København: Sundhedsdatastyrelsen; 2019 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen>].
4. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish national patient register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.
5. Mors O, Perto GP, Mortensen PB. The Danish psychiatric central research register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):54-7.
6. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
7. Gjerstorff ML. The Danish cancer registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):42-5.
8. Rygaard C. The Danish quality database for cervical cancer screening. *Clin Epidemiol*. 2016;8:655-60.
9. Mikkelsen EM, Njor SH, Vejborg I. Danish quality database for mammography screening. *Clin Epidemiol*. 2016;8:661-6.
10. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Dansk tarmkræftscreening database Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram,; 2020 [Available from: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-tarmkræftscreening-database-dts/>].
11. Holt N, Mygind A, Bro F. Danish MMR vaccination coverage is considerably higher than reported. *Danish Medical Journal*. 2017;64(2).
12. Sundhedsstyrelsen. Ansøg om SCOR-data hos Forskerservice København: Sundhedsstyrelsen; 2019 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/ansoeg-om-scor_data11219].
13. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish education registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
14. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish national prescription registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
15. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):103-5.
16. Petersson F, Baadsgaard M, Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. 2011;39(7_suppl):95-8.
17. Helweg-Larsen K. The Danish register of causes of death. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):26-9.
18. Danmarks Statistik. Statistikdokumentation for flytninger til og fra udlandet 2016 København: Danmarks Statistik; 2016 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/flytninger-til-og-fra-udlandet>].

19. Danmarks Statistik. Ældredokumentation København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation>].
20. Danmarks Statistik. Hjemmesygepleje København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkkaar/sundhed/hjemmesygepleje>].
21. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster København: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster>].
22. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark, AH København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2020 [Available from: <https://nfa.dk/da/Vaerktoejer/Sporgeskemaer/Arbejdsmiljo-og-Helbred-i-Danmark-AH>].
23. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
24. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
25. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.
26. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2012.
27. Ekholm O, Davidsen M, Christensen AI, Juel K. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
28. Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017 København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
29. Börsch-Supan A. Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) Wave 4. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0. ed2020.
30. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0 ed2020.
31. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. In: SHARE-ERIC, editor. 7.1.0. ed2020.
32. Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København: Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed (FoBUS) og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2011.
33. Rasmussen M, Pedersen T, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
34. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
35. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.
36. Oecd. OECD Income distribution database (IDD): Gini, poverty, income, methods and concepts Paris: OECD; 2020 [Available from: <https://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm>].

37. Quitzau J. Revision af indkomststatistikken for 2013. København: Danmarks Statistik; 2014.
38. Caspersen S. Sørgelig rekord: Der har aldrig været flere fattige børn København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2018.
39. Marsál K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr.* 1996;85(7):843-8.
40. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens serum Institut. Børnevaccinationsprogrammet - Årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
41. Statens Serum Institut. Vaccination mod human papilloma virus (HPV) København: Statens Serum Institut; 2020 [Available from: <https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/vaccination-mod-livmoderhalskraeft>].
42. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
43. Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick: NJ: Rutgers University Press; 1965.
44. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
45. Iversen A, Kristensen PL, Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, et al. Hvordan har du det? trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010. Vejle: Region Syddanmark 2011.
46. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Kristensen PL, et al. Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2013. Vejle: Region Syddanmark; 2014.
47. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI, Kristensen PL, Gårn A, et al. Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark; 2018.
48. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012 - Resumé og resultater. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2013.
49. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Danskernes arbejdsmiljø 2016: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2018.
50. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Fakta om arbejdsmiljø og helbred 2018: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2019.
51. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
52. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krustup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent.* 2004;64(3):127-35.
53. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glumer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. *Scand J Public Health.* 2016;44(5):462-79.
54. Sundhedsdatastyrelsen. Algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2018.
55. 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):422.
56. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens serum I. Børnevaccinationsprogrammet - Årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

Internt review ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Ph.d.-studerende Thora Majlund Kjærulff

Direktør Morten Grøn bæk.

Bidrag til rapporten fra andre medarbejdere ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet:

Anna Paldam Folker, forskningschef

Anne Illemann Christensen, forskningschef

Bjarne Laursen, seniorforsker

Camilla Schmidt Morgen, post doc

Camilla Thørring Bonnesen, post doc

Charlotte Riebeling Meilstrup, post doc

Janne S Tolstrup, professor

Janni Ammitzbøll, post doc

Katrine Rich Madsen, post doc

Lau Caspar Thygesen, professor

Lotus Sofie Bast, post doc

Maja Bæksgaard Jørgensen, forsker

Maj Britt Dahl Nielsen, seniorforsker

Mette Rasmussen, lektor

Mette Toftager, post doc

Michael Davidsen, seniorforsker

Mogens Trab Damsgaard, lektor

Morten Klöcker Grøn bæk, direktør

Ola Ekholm, specialrådgiver

Pia Vivian Pedersen, seniorforsker

Sigurd Mørk Røn bøl Lauridsen, seniorrådgiver

Susan Andersen, post doc

Stine Schramm, post doc

Teresa Holmberg, lektor

Trine Pagh Pedersen, forsker

Ulrik Becker, professor

Vibeke Koushede, professor

Med sparring fra Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe i social ulighed i sundhed:

Mogens Vestergaard (Seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. Praktiserende læge, Grenå)

Tine Curtis (Leder af Center for Forebyggelse i praksis, KL, forskningschef, Aalborg Kommune, adj. professor, Syddansk Universitet og Aalborg Universitet)

Pernille Tanggaard Andersen (Professor, forskningsleder, Forskningsenheden for sundhedsfremme, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet)

Anne-Marie Nybo Andersen (Professor, Afdeling for Epidemiologi, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Finn Diderichsen (Professor Emeritus, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Henrik Brønnum-Hansen (Lektor, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet)

Berit Andersen (Professor, Ledende Overlæge, Institut for Klinisk Medicin, Afdeling for Folkeundersøgelser, Aarhus Universitet)

Merete Nordentoft (Klinisk professor, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet. Overlæge, Psykiatrisk Center København)

Espen Dahl (Professor, Institutt for sosialfag, Oslomet – Storbyuniversitetet)

Jørgen T. Lauridsen (Professor, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet)

Pia Vivian Pedersen (Seniorforsker, Forskningsafdelingen for Sundhed og Social Kontekst, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet)

Morten Sodemann (Overlæge, Klinisk professor, Infektionsmedicin, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet)

Social ulighed i sundhed og sygdom

Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017

© Sundhedsstyrelsen, 2020.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk version ISBN: 978-87-7014-206-9

Trykt version ISBN: 978-87-7014-207-6

Sprog: Dansk

Version: 1.

Versionsdato: 2. september 2020

Format: pdf

Foto: iStock

Design og layout: BGRAPHIC

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2020

