

2022

Sygdomsbyrden i Danmark

— risikofaktorer

SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU
STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Sygdomsbyrden i Danmark
— risikofaktorer

© Sundhedsstyrelsen, 2022

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.
Publikationen citeres således:
Stine Schramm, Maja Bramming, Michael Davidsen,
Heidi Amalie Rosendahl Jensen og Janne Tolstrup,
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.

Udgiver:
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved
Stine Schramm, Maja Bramming, Michael Davidsen,
Heidi Amalie Rosendahl Jensen og Janne Tolstrup.

Internt review:
Annette Kjær Ersbøll og Ola Ekholm
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Der skal rettes tak til Region Hovedstaden, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark for adgang til relevante data om stillesiddende fritidsaktivitet for 2017 samt en tak til Afdeling for Miljø og Sundhed, Københavns Universitet for adgang til relevante data om luftforurening.

Version: 2.0
Dato: 16.02.2023
Der er foretaget korrekturrettelser af Ofte uønsket alene i afsnit 1.3. og præcisering af kilder enkelte steder i rapporten.

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Tuala Hjarnoe, Mikael Rieck, Lars Wittrock og Joakim Rode for Sundhedsstyrelsen

ISBN elektronisk udgave: 978-87 7014-502-2
ISBN trykt udgave: 978-87 7014-503-9

December 2022

SVANEMÆRKET
Tryksag
5041 0004

Forord

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

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

Viden om disse forhold er vigtige for at kunne prioritere og planlægge indsatser, der kan fremme befolkningens sundhed. Det kræves også for at vide, hvor der er behov for at skabe store forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper der har brug for en særlig indsats. Med denne rapport vil vi skabe et solidt og nuanceret grundlag for prioritering og planlægning af indsatser på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, der kan fremme folkesundheden.

Næsten halvdelen af den danske befolkning på 16 år og derover lever med to eller flere risikofaktorer. Imidlertid er disse risikofaktorer skævt fordelt i samfundet, sådan at risikoen for sygdom er ulige fordelt på tværs af sociale skel.

Det samme billede ses ved, hvem der bliver ramt af sygdom, hvem der er langtidssygemeldte, tilkendes førtidspension, og hvem der dør tidligt. Det er tydeligt, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i vores samfund, og det betyder, at nogle befolkningsgrupper har særlige behov for sundhedsfremmende og andre typer af sundhedsindsatser.

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

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

Steen Dalsgård Jespersen
Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen

Indhold

Forord **3**

Ekspertgruppe **6**

Eksterne reviewere **7**

Forkortelser og ordforklaringer **8**

1. Sammenfatning **12**
1.1 Formål og metode 12
1.2 Byrden af risikofaktorer 14
1.3 Social ulighed i byrdemål 24

2. Baggrund og formål **36**
2.1 Udvalgte risikofaktorer 36
2.2 Udvalgte byrdemål 38

3. Læsevejledning **42**

4. Metode **50**
4.1 Definition af risikofaktorer 50
4.2 Opgørelsesmetode 61
4.3 Metodiske overvejelser 69

5. Svær overvægt **76**
Forekomst af svær overvægt 78
Svær overvægt og dødelighed 80
Svær overvægt og indlæggelser 84
Svær overvægt og ambulante kontakter 88
Svær overvægt og kontakter til alment praktiserende læge 90
Svær overvægt og sygedage ved langvarigt sygefravær 94
Svær overvægt og nytilkendte førtidspensioner 96
Svær overvægt og samfundsøkonomiske omkostninger 98

6. Rygning **104**
Forekomst af rygning 106
Rygning og dødelighed 108
Rygning og indlæggelser 112
Rygning og ambulante kontakter 116
Rygning og kontakter til alment praktiserende læge 118
Rygning og sygedage ved langvarigt sygefravær 122
Rygning og nytilkendte førtidspensioner 125
Rygning og samfundsøkonomiske omkostninger 128

7. Alkohol **134**
Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge 136
Alkohol og dødelighed 138
Alkohol og indlæggelser 140
Alkohol og ambulante kontakter 144
Alkohol og kontakter til alment praktiserende læge 148
Alkohol og sygedage ved langvarigt sygefravær 150
Alkohol og nytilkendte førtidspensioner 152
Alkohol og samfundsøkonomiske omkostninger 154

8. Stillesiddende fritidsaktivitet **160**
Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet 162
Stillesiddende fritidsaktivitet og dødelighed 164
Stillesiddende fritidsaktivitet og indlæggelser 166
Stillesiddende fritidsaktivitet og ambulante kontakter 170
Stillesiddende fritidsaktivitet og kontakter til alment praktiserende læge 174
Stillesiddende fritidsaktivitet og sygedage ved langvarigt sygefravær 176
Stillesiddende fritidsaktivitet og nytilkendte førtidspensioner 178
Stillesiddende fritidsaktivitet og samfundsøkonomiske omkostninger 180

9. Usundt kostmønster **186**
Forekomst af usundt kostmønster 188
Usundt kostmønster og dødelighed 189
Usundt kostmønster og indlæggelser 192
Usundt kostmønster og sygedage ved langvarigt sygefravær 194
Usundt kostmønster og samfundsøkonomiske omkostninger 196

10. Søvnbesvær **202**
Forekomst af søvnbesvær 204
Søvnbesvær og dødelighed 205
Søvnbesvær og indlæggelser 208
Søvnbesvær og ambulante kontakter 212
Søvnbesvær og kontakter til alment praktiserende læge 216
Søvnbesvær og sygedage ved langvarigt sygefravær 218
Søvnbesvær og nytilkendte førtidspensioner 220
Søvnbesvær og samfundsøkonomiske omkostninger 222

11. Ofte uønsket alene **228**
Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene 230
Ofte uønsket alene og dødelighed 232
Ofte uønsket alene og indlæggelser 234
Ofte uønsket alene og ambulante kontakter 238
Ofte uønsket alene og kontakter til alment praktiserende læge 242
Ofte uønsket alene og sygedage ved langvarigt sygefravær 244
Ofte uønsket alene og nytilkendte førtidspensioner 246
Ofte uønsket alene og samfundsøkonomiske omkostninger 248

12. Lav score på den mentale helbredsskala **254**
Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala 256
Lav score på den mentale helbredsskala og dødelighed 257
Lav score på den mentale helbredsskala og indlæggelser 260
Lav score på den mentale helbredsskala og ambulante kontakter 264
Lav score på den mentale helbredsskala og kontakter til alment praktiserende læge 268
Lav score på den mentale helbredsskala og sygedage ved langvarigt sygefravær 270
Lav score på den mentale helbredsskala og nytilkendte førtidspensioner 272
Lav score på den mentale helbredsskala og samfundsøkonomiske omkostninger 274

13. Luftforurening **280**
Forekomst af moderat eller højt niveau luftforurening 283
Luftforurening og dødelighed 284

14. Flere samtidige risikofaktorer **292**

15. Bilag **298**

Ekspertgruppe

Annelli Sandbæk
Klinisk professor
Almen Medicin
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet

Henrik Toft Sørensen
Klinisk lærestolsprofessor og overlæge
Klinisk Epidemiologisk Afdeling
Institut for Klinisk Medicin
Aarhus Universitet

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

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

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

Lars Louis Andersen
Professor MSO
Det Nationale Forskningscenter
for Arbejdsmiljø (NFA)

Naja Hulvej Rod
Professor
Afdeling for Epidemiologi
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Pernille Tanggaard
Professor og forskningsleder
Forskningsenheden for Sundhedsfremme
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

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

Eksterne reviewere

Inge Tetens
(Usundt kostmønster)
Professor
Forebyggende og Klinisk Ernæring
Institut for Idræt og Ernæring
Københavns Universitet

Jørgen Vestbo
(Rygning)
Professor og overlæge
Division of Infection
Immunity and Respiratory Medicine
University of Manchester

Mette Aadahl
(Stillesiddende fritidsaktivitet)
Professor og seniorforsker
Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet
og Sektion for Sundhedsfremme og Forebyggelse,
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF)

Merete Labriola
(Søvnbesvær, Ofte uønsket alene,
Lav score på den mentale helbredskala)
Research professor
Worklife and Inclusion (WIN)
Health and Social Sciences
NORCE Norwegian Research Centre
Bergen

Pernille Tanggaard Andersen
(Social ulighed)
Professor og forskningsleder
Forskningsenheden for Sundhedsfremme
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

Peter Allebeck
(Alkohol)
Professor og overlæge
Department of Global Public Health
Karolinska Institutet og Center for Epidemiology
and Community Medicine
Stockholm

Thorkild IA Sørensen
(Svær overvægt)
Professor Emeritus, dr.med.
Afdeling for Epidemiologi
Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns
Universitet, og Novo Nordisk Foundation Center
for Basic Metabolic Research

Ulrik Becker
(Alkohol)
Professor, dr.med.
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Zorana Jovanovic Andersen
(Luftforurening)
Professor
Afdeling for Miljø og Sundhed
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Steffen Loft
(Luftforurening)
Professor
Afdeling for Miljø og Sundhed
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Forkortelser og ordforklaringer

Forkortelser

BMI
Body Mass Index

COI
Cost-Of-Illness

CPR
Det Centrale Personregister

DAGS
Dansk Ambulant Grupperingssystem

DREAM
Den Registerbaserede
Evaluering Af Marginaliseringsomfanget
(Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase)

DRG
Diagnoserelaterede grupper

DALY
Disability-Adjusted Life Year

ELAPSE
Effects of Low-Level Air Pollution:
A Study in Europe

GBD
Global Burden of Disease

ICD-10
International Classification of Disease
(10. udgave)

LPR
Landspatientregisteret

$PM_{2,5}$
Particulate Matter 2,5 µm (partikelforurening af fine partikler, det vil sige partikler med en diameter under 2,5 µm)

RR
Relativ risiko

SUSY
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

SF-12
12-item Short Form Survey

SF-36
36-item Short Form Survey

WHO
World Health Organization

Ordforklaringer

Aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved udskrivelse eller afslutning på behandlingsforløb bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- eller behandlingsprogram.

Ambulant: Benævnelse for hospitalsundersøgelse eller -behandling, der foregår uden indlæggelse.

Bidiagnose: Patienter kan have flere sygdomme og tilstande under en indlæggelse eller i et behandlingsforløb, hvoraf en bidiagnose ikke er patientens primære kontaktårsag (aktionsdiagnose). Derimod har bidiagnosen været medvirkende årsag til hospitalskontakten, eller været konstateret i forbindelse med eller som komplicerende for hospitalskontakten.

Byrdemål: Mål for den ekstra byrde, en given risikofaktor giver anledning til. Et byrdemål kunne eksempelvis være antal ekstra indlæggelser for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt.

Confounder: En faktor, som ikke er led i årsagskæden fra eksponering (risikofaktor) til udfald (byrdemål), men som er en selvstændig risikofaktor for udfaldet og samtidig er associeret med eksponeringen. Det vil sige, at sådanne faktorer forstyrrer sammenhængen mellem eksponering og udfald.

Forekomst: En opgørelse af andelen eller antallet af personer, der på et givent tidspunkt har en given risikofaktor.

Gradient: I nærværende rapport omtales det som en gradient i social ulighed, når den ekstra byrde stiger i takt med kortere uddannelse. I de tilfælde hvor den ekstra byrde falder gradvist i takt med kortere uddannelse, omtales det som en omvendt gradient i social ulighed.

Justering: Når der laves statistiske analyser for at afdække en sammenhæng mellem eksponering og udfald, justeres der ofte for confounding (det vil sige variable, der forstyrrer sammenhængen mellem eksponering og udfald). Når der i nærværende rapport justeres for eksempelvis BMI, rygning, alkoholforbrug m.m., betyder det, at der bliver taget højde for disse faktorer i analyserne.

Middellevetid: Det forventede gennemsnitlige antal år, som en person med en given alder har tilbage at leve i under de nuværende aldersspecifikke mortalitetsrater.

Multisygdom: Det at have flere samtidige kroniske sygdomme.

Psykiatrisk: Psykiatrisk refererer til det, der tilhører sindet, i modsætning til somatisk, der refererer til det, der tilhører kroppen. I nærværende rapport er ordet psykiatrisk brugt om den del af sygehusvæsnet, der omfatter psykiatriske afdelinger.

Relativ risiko: Relativ risiko (RR) anvendes som et mål for den risikoforøgelse for et udfald (byrdemål), en eksponeret gruppe har i forhold til en referencegruppe. Hvis RR = 1, er der ingen forskel mellem de to grupper. Hvis RR > 1, betyder det generelt set, at den eksponerede gruppe har større sandsynlighed end referencegruppen for at opleve udfaldet (for eksempel død, indlæggelser eller førtidspension). Hvis RR < 1, har den eksponerede gruppe mindre sandsynlighed end referencegruppen for at opleve udfaldet.

Risikofaktor: En faktor eller et forhold, der øger risikoen for eksempelvis funktionsnedsættelse, sygdom eller død.

Social ulighed: I nærværende rapport tales om social ulighed, når der for et givent byrdemål er en større byrde i grupperne af personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse i forhold til gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Somatisk: Somatisk refererer til det, som tilhører kroppen, i modsætning til psykisk, der refererer til det, der tilhører sindet. I nærværende rapport er ordet somatisk brugt om den del af sygehusvæsnet, der ikke omfatter psykiatriske afdelinger.

Ætiologisk fraktion: Den andel af byrdemålet, der forventes at kunne undgås, hvis eksponeringen fjernes. I beregningen af den ætiologiske fraktion ganges den relative risiko med forekomsten af risikofaktoren. For eksempel benyttes den ætiologiske fraktion til at beregne det ekstra antal dødsfald, der forventes at kunne undgås, hvis ingen personer i befolkningen røg eller tidligere havde røget.



1

Sammenfatning

1. Sammenfatning

1.1 Formål og metode

Formål

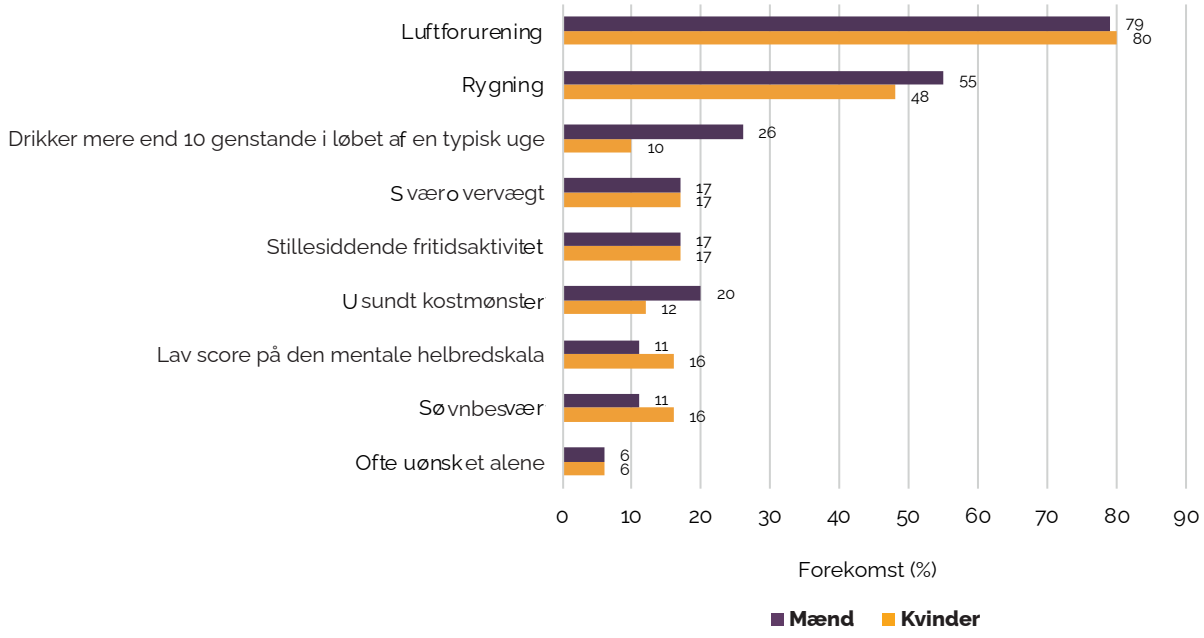
Formålet med rapporten er at estimere sygdomsbyrden for ni udvalgte risikofaktorer. Sygdomsbyrden opgøres i form af dødelighed, kontakter i sundhedsvæsnet og fravær fra arbejdsmarkedet i Danmark. Derudover belyses den sociale ulighed i den ekstra byrde for hver risikofaktor.

I rapporten estimeres således en ekstra byrde for personer med en given risikofaktor i forhold til personer uden den givne risikofaktor. For eksempel estimeres det, hvor mange ekstra dødsfald, der ses årligt blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet, i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet. Den sociale ulighed i den ekstra byrde for risikofaktorerne belyses ved at beregne forskellen mellem personer på tværs af uddannelsesgrupper. Herved belyses eksempelvis, hvor stor en andel af den ekstra byrde, der ses for hver enkelt uddannelsesgruppe. I rapporten beregnes det også, hvor meget af den ekstra byrde for en given risikofaktor, der ville kunne undgås, hvis alle personer havde samme forekomst af risikofaktoren som personer med det længst fuldførte uddannelsesniveau.

Udvalgte risikofaktorer og byrdemål

En risikofaktor kan bredt defineres som en faktor eller et forhold, der øger risikoen for funktionsnedsættelse, sygdom eller død. De ni udvalgte risikofaktorer er svær overvægt, rygning, alkoholforbrug, stillesiddende fritidsaktivitet, usundt kostmønster, søvnbesvær, ofte uønsket alene, lav score på den mentale helbredsskala og luftforurening. Risikofaktorerne er valgt dels på baggrund af de inkluderede risikofaktorer i rapporten Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer fra 2016, dels ud fra en vurdering af deres rangering som risikofaktorer med stor betydning i Danmark ifølge opgørelser fra det internationale byrdestudie Global Burden of Disease Study (GBD) fra 2019. Dertil er udvælgelsen af risikofaktorer baseret på forekomsten i befolkningen, potentialet for forebyggelse, datakvalitet og -tilgængelighed samt relevans i en dansk kontekst. I figur 1.1 ses forekomsten af de ni udvalgte risikofaktorer, som indgår i rapporten (rangeret efter forekomst). Definitionen af hver risikofaktor, herunder eksponerings- og referencegrupper er beskrevet i kapitel 4.

Figur 1.1 Forekomst (%) af risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project).

Den ekstra byrde for hver risikofaktor opgøres ud fra byrdemålene dødsfald, middellevetid, tabte leveår, somatiske og psykiatriske indlæggelser, somatiske og psykiatriske ambulante kontakter, kontakter til alment praktiserende læge, sygedage ved langvarigt sygefravær, nytilkendte førtidspensioner samt samfundsøkonomiske omkostninger i form af omkostninger til henholdsvis kontakter i sundhedsvæsenet, medicin og hjemmehjælp samt produktionstab ved langvarigt sygefravær, nytilkendte førtidspensioner og tidlig død.

Udvælgelsen af risikofaktorer og byrdemål i denne rapport betyder også, at en række andre risikofaktorer og byrdemål med betydning for befolkningens sundhed, sygelighed og dødelighed er udeladt. Denne udeladelse skyldes blandt andet manglende eller sparsomt datamateriale. Rapportens opgørelser skal således ikke ses som en udtømmende opgørelse over alle eksisterende risikofaktorer og byrdemål.

Opgørelsesmetode

Den ekstra byrde for de inkluderede risikofaktorer beregnes ved brug af en tilgang, der benævnes den ætiologiske fraktion, og det samlede antal tilfælde i befolkningen. I beregningen af den ætiologiske fraktion indgår den relative risiko, der angiver risikoforholdet for et givent byrdemål mellem to grupper (personer eksponeret for en given risikofaktor og en ikke-eksponeret referencegruppe).

Til beregning af den relative risiko anvendes information om eksponering af den givne risikofaktor fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013. Til at opgøre byrdemålet anvendes individspecifik registerkobling mellem Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013, og relevante nationale registre. Data fra 2010 og 2013 er valgt til at beregne den relative risiko for at opnå en tilstrækkelig opfølgningsperiode i registrene. I alle beregninger af den relative risiko er der justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, Body Mass Index (BMI), alkoholforbrug, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.

I beregningen af den ætiologiske fraktion ganges den relative risiko med forekomsten af risikofaktoren. Til beregning af denne forekomst anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Til sidst beregnes den ekstra byrde fra den ætiologiske fraktion i forhold til det samlede antal tilfælde for byrdemålet i hele den voksne, danske befolkning i 2017.

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021 anvendes ikke i denne rapport på grund af manglende tilgængelighed af registerdata for 2021 ved rapportens udarbejdelse på grund af indførelse af den nyeste version af Landspatientregisteret, LPR-3. Dertil kan prævalenserne for 2021 for flere risikofaktorer være påvirket af en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19 pandemien.

Metodiske overvejelser

De udvalgte risikofaktorer repræsenterer forskellige typer af sundhedsmæssige faktorer, der dog alle påvirkes af både levevilkår og strukturer i samfundet. Hver enkelt risikofaktor kan have direkte årsagssammenhæng med sygdom og død, men det er også muligt, at en risikofaktor optræder som del i en årsagskæde, hvor sammenhængen med sygdom og død er mere indirekte. På baggrund af litteraturgennemgange antages det, at de valgte risikofaktorer i denne rapport har en betydning for risikoen for sygelighed og dødelighed i befolkningen -og dermed de valgte byrdemål. På grund af metodiske begrænsninger i opgørelserne kan der dog ikke foretages konklusioner om en direkte kausalitet mellem risikofaktorerne og byrdemålene. Det vil sige, at selvom der eksempelvis ses flere dødsfald, indlæggelser og lægekontakter og et højere antal sygedage blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med aktiv fritidsaktivitet, kan det altså ikke med sikkerhed konkluderes, at der er en direkte årsagssammenhæng mellem aktivitetsniveauet i fritiden og de pågældende byrdemål.

Risikoen for omvendt kausalitet er et generelt problem i fortolkningen af mulige årsagssammenhæng i denne rapport. For hver risikofaktor er der beskrevet overvejelser omkring den kausale sammenhæng med de forskellige byrdemål, og disse overvejelser er præsenteres i det pågældende kapitel. I rapporten præsenteres udelukkende resultater for sammenhænge, hvor det vurderes, at der kan være en kausal sammenhæng. Nogle byrdemål bliver derfor ikke opgjort for alle risikofaktorer. For eksempel bliver psykiatriske kontakter til sygehuset ikke opgjort for rygning, da det vurderes, at der ikke er en kausal sammenhæng mellem et rygning og psykiatriske kontakter.

Alle risikofaktorer i denne rapport, på nær luftforurening og alkohol for nogle byrdemål (dødsfald, indlæggelser og ambulante kontakter), er baseret på selvrapporterede data fra spørgeskemaundersøgelser, hvilket medfører en vis usikkerhed. Befolkningssammensætningen for personer, der deltager i sådanne undersøgelser, afviger fra befolkningssammensætningen for hele befolkningen. Dette problem er søgt løst ved at benytte vægtning for non-response, der tager højde for forskelle i sociodemografiske karakteristika blandt henholdsvis deltagere og ikke-deltagere blandt de inviterede personer. Endvidere er det velkendt, at der for flere risikofaktorer, som knytter sig til en persons livsstil og adfærd, såsom alkoholforbrug, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster, kan være en tendens til, at svarpersonerne angiver en sundere adfærd, end de reelt set har. Dette kaldes 'social desirability bias', hvilket kan påvirke forekomsten af visse risikofaktorer.

Risiko for misklassifikation af nogle risikofaktorer kan opstå. Eksempelvis er der for søvn spurgt til søvnbesvær inden for de seneste 14 dage. Tilsvarende er eksponering for luftforurening målt som et punktnedslag ved de inkluderede personers bopælsadresse i 2010. For disse risikofaktorer er der dermed en sandsynlighed for, at nogle personer har oplevet risikofaktorerne som forbigående og ikke som en længerevarende risikofaktor.

For flere risikofaktorer er der ydermere foretaget valg i forhold til afgrænsning af både eksponerings- og referencegrupper. Således er der for nogle risikofaktorer benyttet svarkategorier baseret på svarpersonernes selvrapporterede adfærd (rygning, alkoholforbrug, stillesiddende fritidsaktivitet, søvnbesvær, ofte uønsket alene), for andre er der benyttet cut-off-værdier baseret på tidligere undersøgelser (lav score på den mentale helbredsskala, usundt kostmønster), på percentiler (luftforurening) eller på internationalt definerede kategoriseringer (svær overvægt).

Anvendelse af resultater fra denne rapport til prioritering og planlægning af sundhedspolitiske tiltag samt viden til forskning og uddannelse på sundhedsområdet skal gøres med afsæt i dels de nævnte forbehold for valg og fravalg af risikofaktorer og byrdemål, dels de nævnte metodiske begrænsninger.

1.2 Byrden af risikofaktorer

Rapportens resultater vil i det følgende blive sammenfattet med udgangspunkt i byrdemålene, fordelt efter risikofaktor. Således vises i hver figur, hvor mange ekstra tilfælde der årligt kan tilskrives de enkelte risikofaktorer, når der justeres for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelsesniveau, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Derefter vises den sociale ulighed i ekstra antal tilfælde for hver risikofaktor. I de tilfælde, hvor justeringsvariablen også er eksponeringen, for eksempel når der kigges på rygning som risikofaktor, indgår denne variabel ikke i justeringen. Resultaterne præsenteres ved en rangordning af de ni udvalgte risikofaktorer inden for de enkelte byrdemål, det vil sige med faldende antal tilfælde. Derfor vil placeringen af den enkelte risikofaktor afhænge af byrdemålet. Enkelte risikofaktorer fremgår ikke af de opsamlende figurer på grund af kausale overvejelser eller på grund af på grund af meget få tilfælde. Dertil opgøres luftforurening kun for dødelighed.

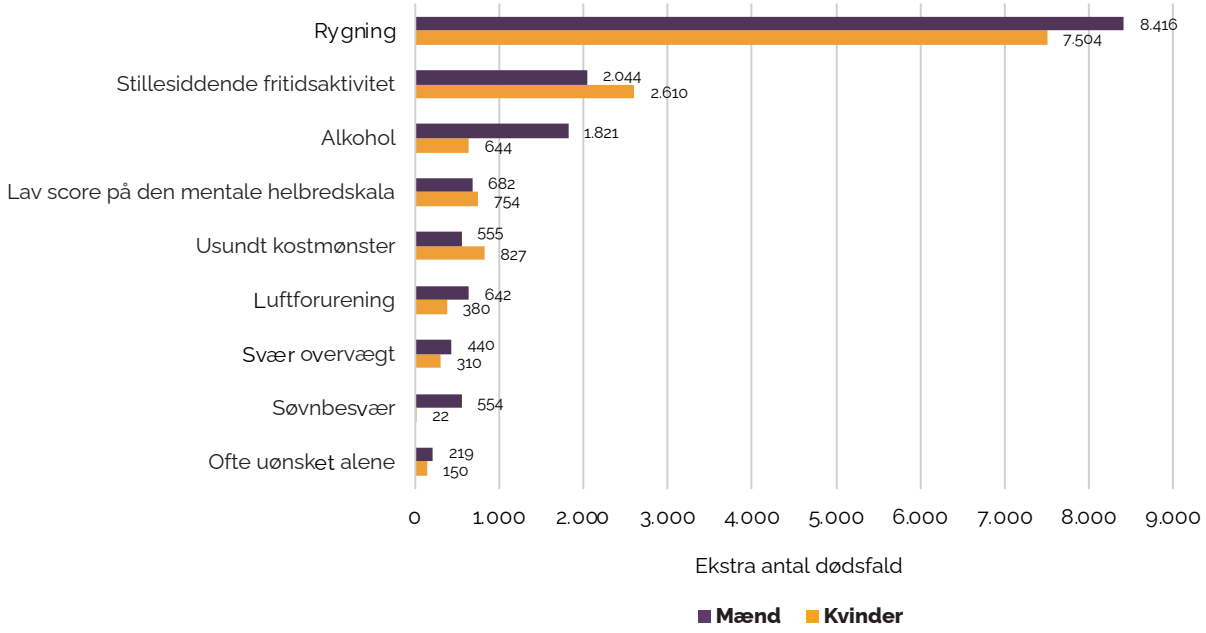
På trods af, at denne rapport som udgangspunkt er en opdatering af rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016, skal en direkte sammenligning af resultaterne foretages med forsigtighed. Dette skyldes, at der er foretaget en række metodemæssige ændringer, herunder ændringer i definition af enkelte risikofaktorer, opgørelse af enkelte byrdemål og justeringer i analyserne. Derudover ses der generelt en stigning i befolkningsantallet samt en stigning i andelen af ældre personer i Danmark. En stigning i andelen af ældre personer i Danmark vil samlet set naturligt medføre flere dødsfald, indlæggelser, ambulante kontakter m.m., i den danske befolkning. En stigning i ekstra antal tilfælde for en given risikofaktor i forhold til *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer 2016* kan derfor forekomme på grund af en generel stigning i antal tilfælde i hele befolkningen.

Ekstra antal dødsfald

Figur 1.2.1 viser, hvor mange ekstra dødsfald der årligt er relateret til hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal dødsfald ses for rygning. Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der henholdsvis 7.504 og 8.416 ekstra dødsfald i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Omkring 50 % af de ekstra dødsfald, der er relateret til rygning, ses blandt personer, der tidligere har røget (3.851 og 4.056 ekstra dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.1.1 i kapitel 6). Dette skyldes en høj forekomst af personer, der tidligere har røget (30 % og 28 % blandt henholdsvis mænd og kvinder), hvilket medfører et stort absolut ekstra antal dødsfald, selvom risikoen for død er lavere blandt personer, der tidligere har røget, end blandt personer, der ryger (jf. tabel 6.1.1 i kapitel 6). Efter rygning følger stillesiddende fritidsaktivitet, hvor der ses 2.044 og 2.610 ekstra dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, samt alkohol blandt mænd (1.821 ekstra dødsfald).

Generelt set er der ikke store kønsforskelle i ekstra antal dødsfald på tværs af risikofaktorer. Der ses dog betydelige kønsforskelle for alkohol og søvnbesvær med mere end dobbelt så mange ekstra dødsfald blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 1.2.1 Ekstra antal dødsfald relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



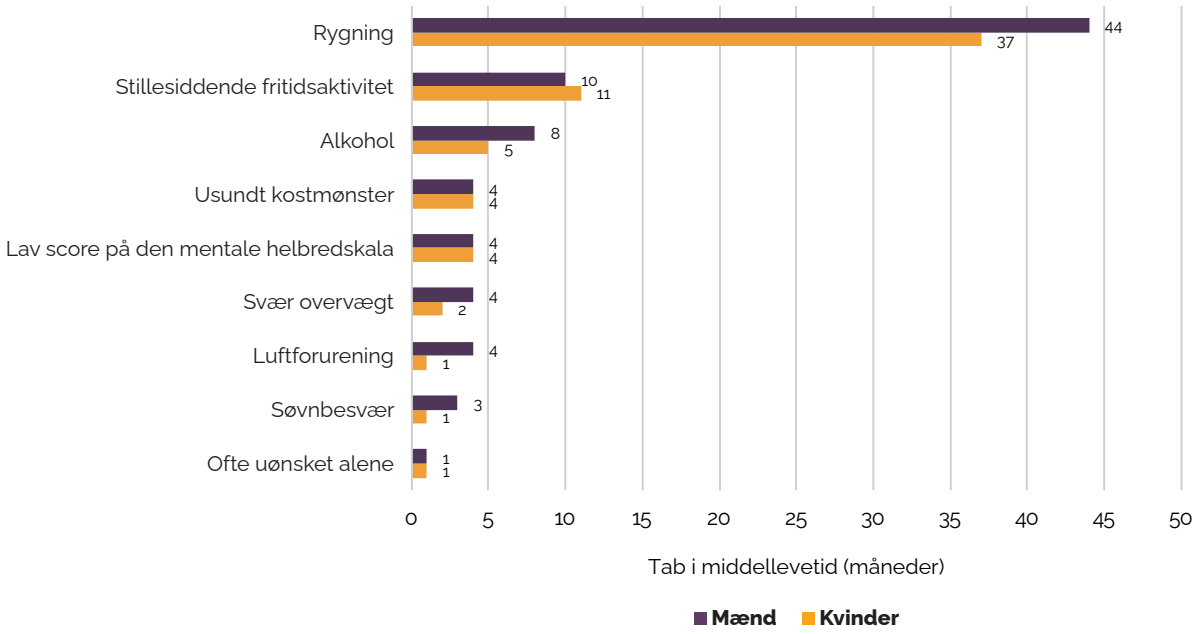
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Det Centrale Personregister og Dødsårsagsregisteret.

Tab i middellevetid

Figur 1.2.2 viser tabet i befolkningens middellevetid i måneder relateret til hver enkelt risikofaktor. Antal måneder kan her fortolkes som det antal måneder, som befolkningen samlet set ville leve længere, hvis risikofaktoren blev fjernet helt fra den danske befolkning. Det største tab i befolkningens middellevetid ses for rygning. Hvis rygning blev fjernet helt fra den danske befolkning, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 44 og 37 måneder (3,7 og 3,1 år) længere. Herefter følger stillesiddende fritidsaktivitet (10 og 11 måneder for henholdsvis mænd og kvinder) samt alkohol blandt mænd (8 måneder).

Generelt set er der ikke store kønsforskelle i tab i middellevetid på tværs af risikofaktorer.

Figur 1.2.2 Tab i befolkningens middellevetid relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



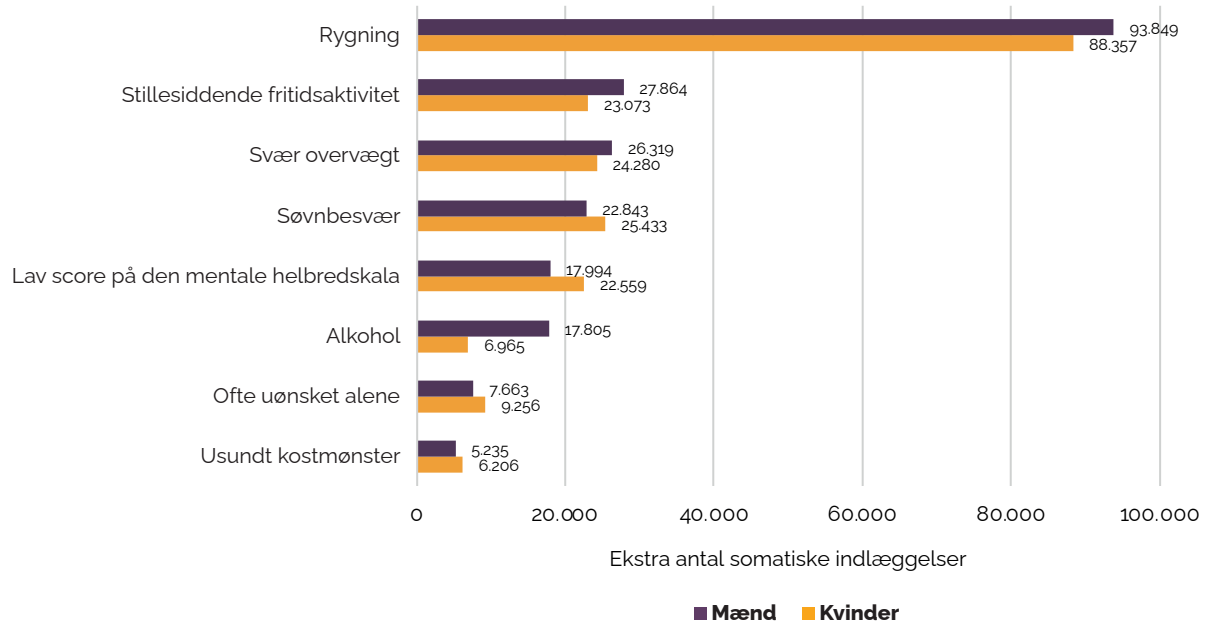
Justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Det Centrale Personregister og Dødsårsagsregisteret.

Ekstra antal somatiske indlæggelser

Figur 1.2.3 viser, hvor mange ekstra antal somatiske indlæggelser der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser ses for rygning. Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der henholdsvis 93.849 og 88.357 ekstra somatiske indlæggelser i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Omkring 54 % af de ekstra antal somatiske indlæggelser, der er relateret til rygning, ses blandt personer, der tidligere har røget (49.456 og 49.543 ekstra somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.4.1 i kapitel 6). Dette skyldes en høj forekomst af personer, der tidligere har røget (30 % og 28 % blandt henholdsvis mænd og kvinder), hvilket medfører et stort absolut ekstra antal somatiske indlæggelser, selvom risikoen for somatiske indlæggelser er lavere blandt personer, der tidligere har røget, end blandt personer, der ryger (jf. tabel 6.4.1 i kapitel 6).

Generelt set er der ikke store kønsforskelle i ekstra antal somatiske indlæggelser på tværs af risikofaktorer. Der ses dog en betydelig kønsforskel for alkohol med over dobbelt så mange alkoholrelaterede somatiske indlæggelser blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 1.2.3 Ekstra antal somatiske indlæggelser relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



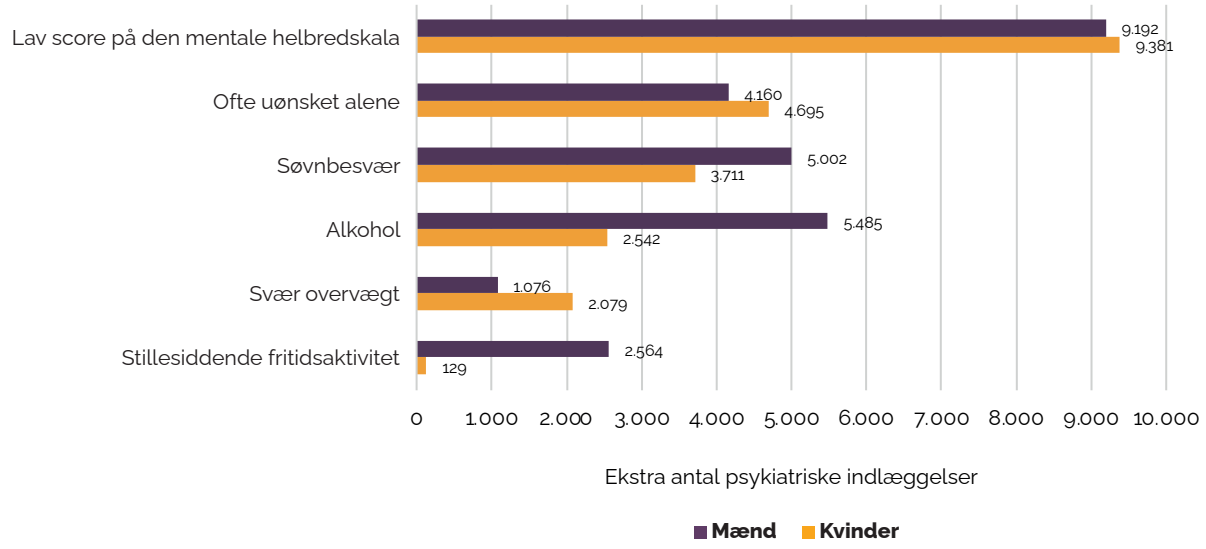
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 og Landspatientregisteret.

Ekstra antal psykiatriske indlæggelser

Figur 1.2.4 viser, hvor mange ekstra antal psykiatriske indlæggelser der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser ses blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala. Blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala er der henholdsvis 9.192 og 9.381 ekstra psykiatriske indlæggelser i forhold til mænd og kvinder uden en lav score. Herefter følger ofte uønsket alene (4.160 og 4.695 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder) og søvnbesvær (5.002 og 3.711 ekstra psykiatriske indlæggelser bland henholdsvis mænd og kvinder) samt alkohol blandt mænd (5.485 ekstra psykiatriske indlæggelser).

For søvnbesvær, alkohol, svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet ses der en betydelig kønsforskel i ekstra antal psykiatriske indlæggelser. For stillesiddende fritidsaktivitet er der omkring 20 gange så mange psykiatriske indlæggelser blandt mænd end blandt kvinder. For svær overvægt er der omkring dobbelt så mange psykiatriske indlæggelser blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.2.4 Ekstra antal psykiatriske indlæggelser relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.

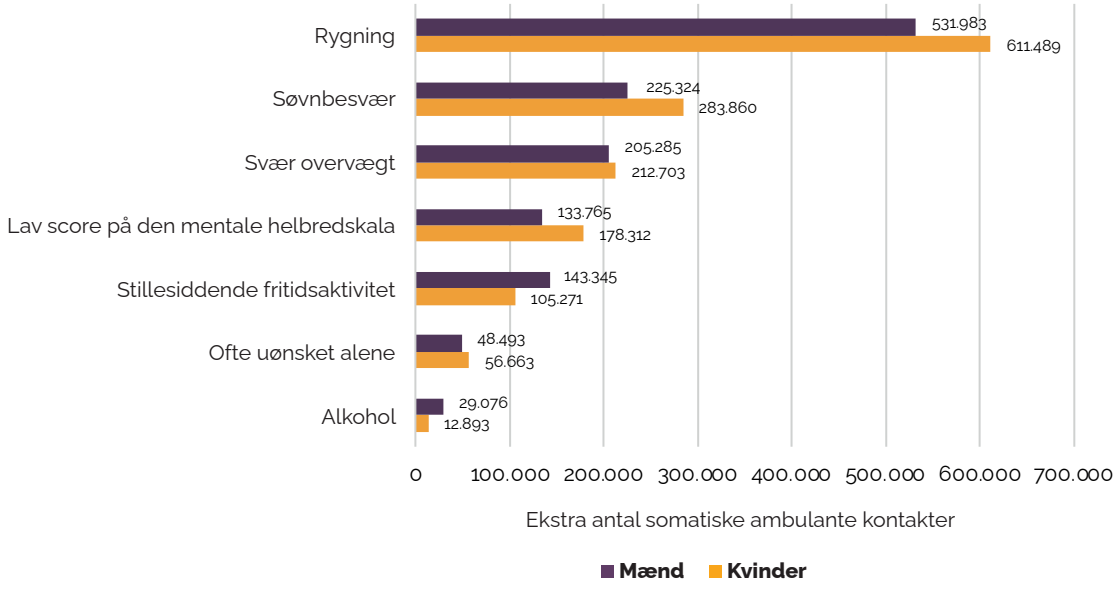


Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR-PSYK).

Ekstra antal somatiske ambulante kontakter
Figur 1.2.5 viser, hvor mange ekstra antal somatiske ambulante kontakter der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter ses for rygning. Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der henholdsvis 531.983 og 611.489 ekstra somatiske ambulante kontakter i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Omkring 65 % af de ekstra antal somatiske ambulante kontakter, der er relateret til rygning, ses blandt personer, der tidligere har røget (351.974 og 395.292 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.6.1 i kapitel 6). Dette skyldes en høj forekomst af personer, der tidligere har røget (30 % og 28 % blandt henholdsvis mænd og kvinder), hvilket medfører et stort absolut ekstra antal somatiske ambulante kontakter, selvom risikoen for somatiske ambulante kontakter er lavere blandt personer, der tidligere har røget, end blandt personer, der ryger (jf. tabel 6.6.1 i kapitel 6). Efter rygning følger søvnbesvær, svær overvægt, lav score på den mentale helbredsskala og stillesiddende fritidsaktivitet.

For alle risikofaktorer ses der flere ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt kvinder end blandt mænd, med undtagelse af stillesiddende fritidsaktivitet og alkohol, hvor der er flere somatiske ambulante kontakter blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 1.2.5 Ekstra antal somatiske ambulante kontakter relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.

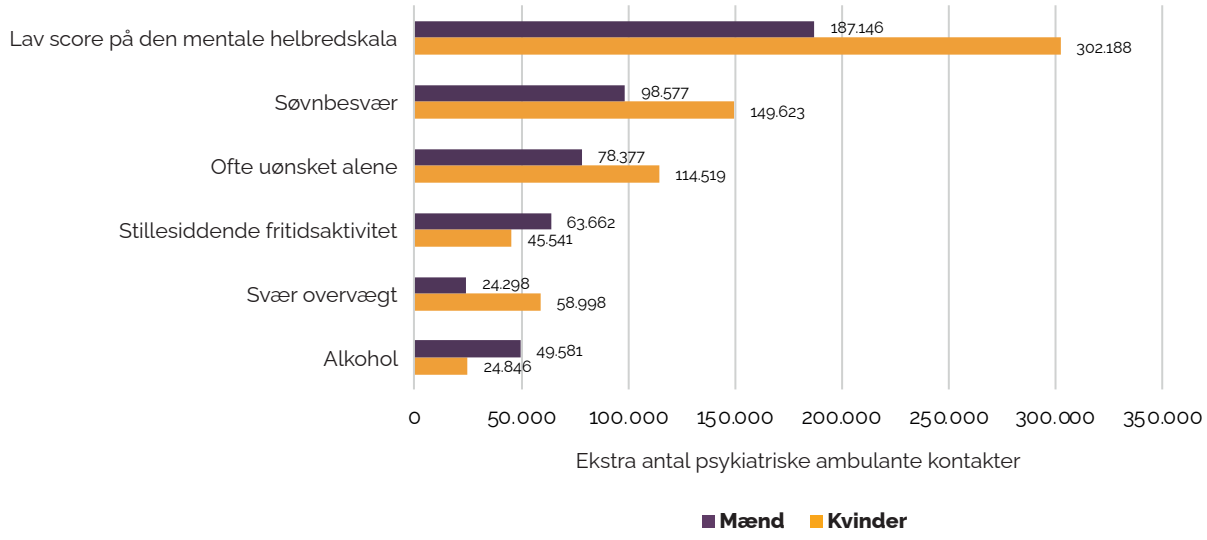


Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

Ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter
Figur 1.2.6 viser, hvor mange ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter ses blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala. Således er der blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala henholdsvis 187.146 og 302.188 ekstra psykiatriske ambulante kontakter i forhold til mænd og kvinder uden en lav score på den mentale helbredsskala. Herefter følger søvnbesvær (98.577 og 149.623 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder) og ofte uønsket alene (78.377 og 114.519 ekstra psykiatriske kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder).

For alle risikofaktorer, med undtagelse af stillesiddende fritidsaktivitet og alkohol, ses et betydeligt højere ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.2.6 Ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



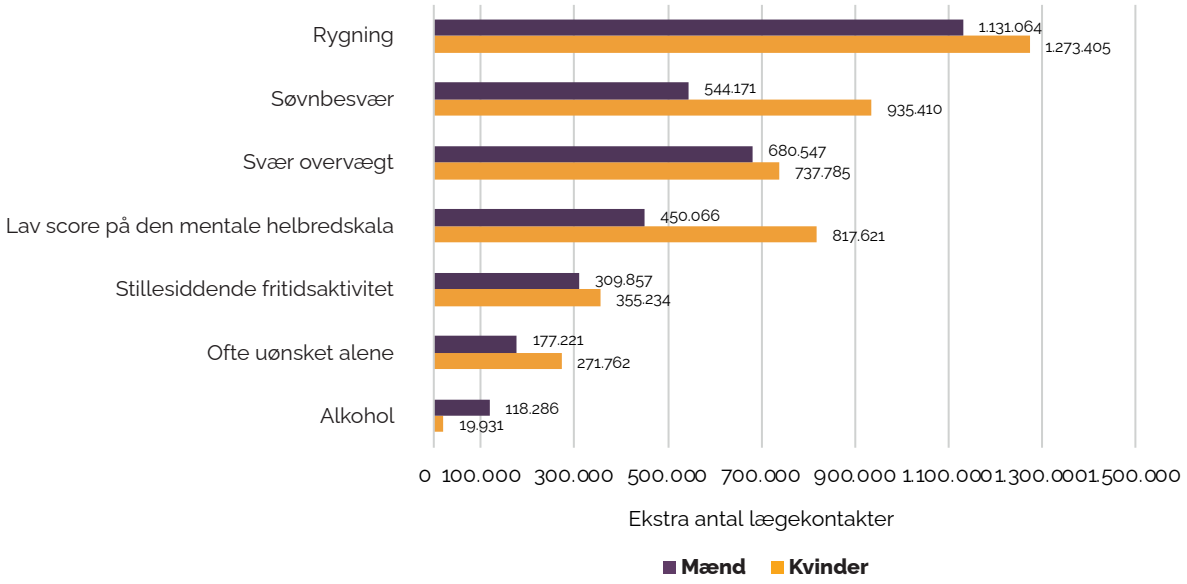
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR-PSYK).

Ekstra kontakter til alment praktiserende læge

Figur 1.2.7 viser, hvor mange ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor. Det højeste ekstra antal lægekontakter ses for rygning. Således er der blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, henholdsvis 1.131.064 og 1.273.405 ekstra lægekontakter i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Omkring 64 % af de ekstra lægekontakter, der er relateret til rygning, er blandt personer, der tidligere har røget (723.724 og 819.059 ekstra lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.8.1 i kapitel 6). Dette skyldes en høj forekomst af personer, der tidligere har røget (30 % og 28 % for henholdsvis mænd og kvinder), hvilket medfører et stort absolut ekstra antal lægekontakter, selvom risikoen for lægekontakt er lavere blandt personer, der tidligere har røget, end blandt personer, der ryger (jf. tabel 6.8.1 i kapitel 6). Efter rygning følger søvnbesvær, svær overvægt og lav score på den mentale helbredsskala.

For alle risikofaktorer, med undtagelse af alkohol, ses der et højere ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt kvinder end blandt mænd, med betydelige forskelle for søvnbesvær, lav score på den mentale helbredsskala og ofte uønsket alene. Kun for alkohol er der flere ekstra kontakter blandt mænd. For alkohol ses betydeligt højere ekstra antal lægekontakter blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 1.2.7 Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



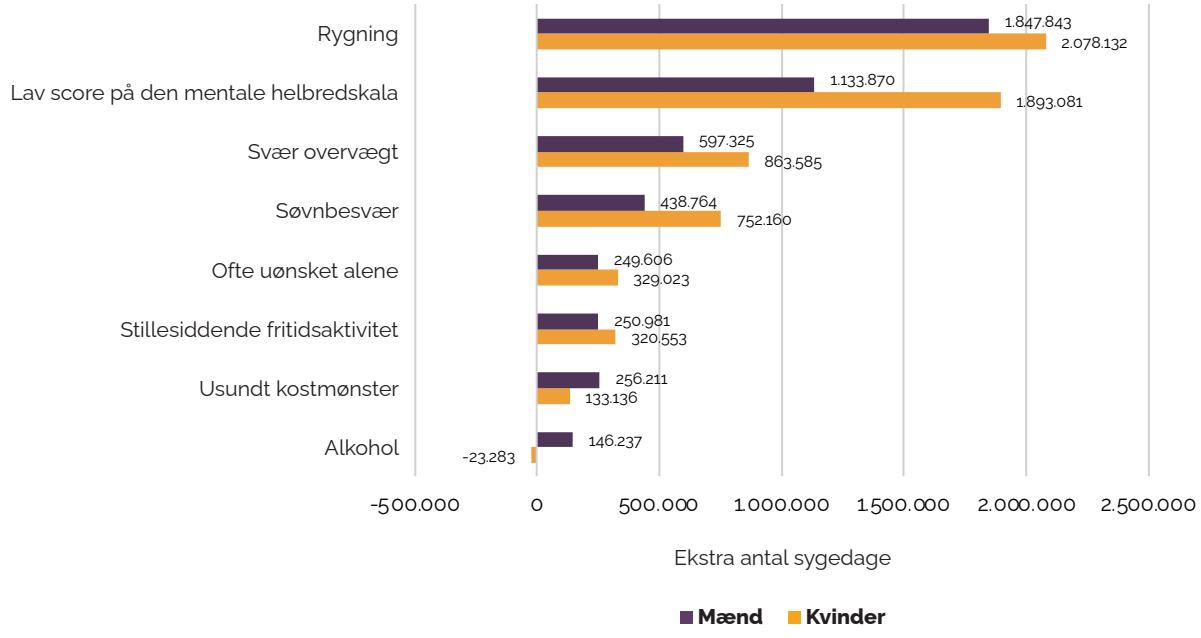
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
Figur 1.2.8 viser, hvor mange ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år. Det højeste ekstra antal sygedage ses for rygning. Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der henholdsvis 1.874.843 og 2.078.132 ekstra sygedage i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Omkring 33 % af de ekstra sygedage relateret til rygning ses blandt personer, der tidligere har røget (555.113 og 734.460 sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder), og 39 % ses blandt personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen (828.133 og 700.918 sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.10.1 i kapitel 6). Herefter følger lav score på den mentale helbredsskala, svær overvægt og søvnbesvær. Blandt kvinder er der næsten lige så mange ekstra sygedage forbundet med en lav score på den mentale helbredsskala (1.893.081) som for rygning.

For alle risikofaktorer, med undtagelse af usundt kostmønster og alkohol, ses der flere ekstra sygedage blandt kvinder end blandt mænd. Forskellene er særligt udtalte for lav score på den mentale helbredsskala, søvnbesvær og svær overvægt.

Det negative antal sygedage, der ses for alkohol blandt kvinder, er et udtryk for, at der er færre sygedage blandt kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, end blandt kvinder, som drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

Figur 1.2.8 Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til risikofaktorer, 18-64 år, 2017.



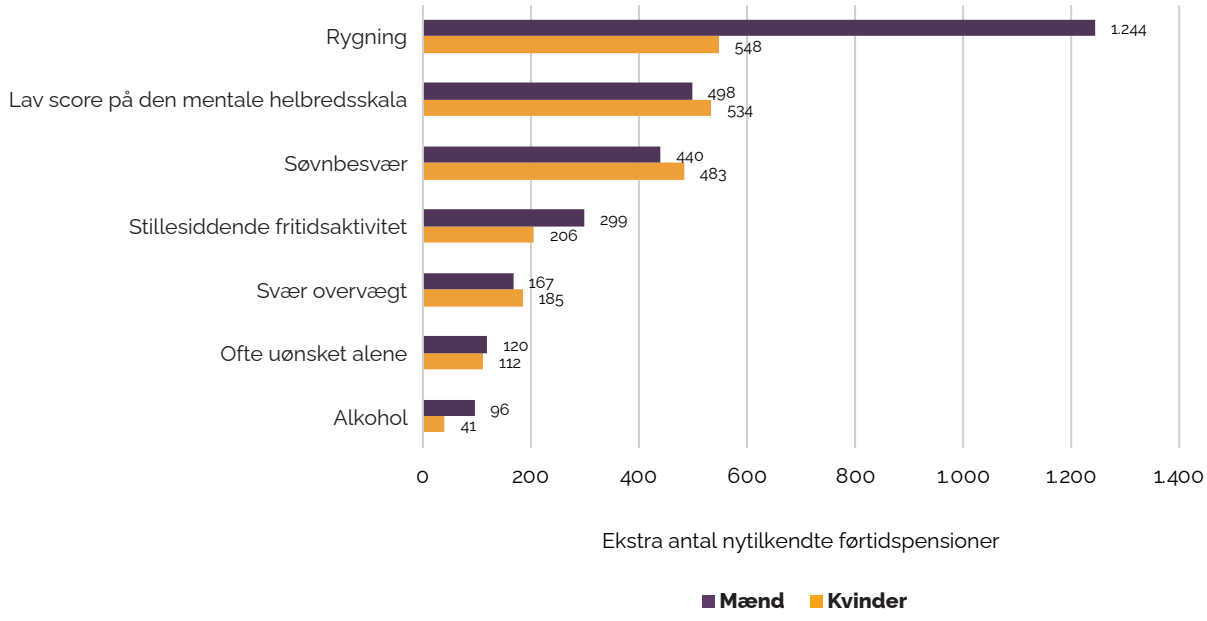
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner

Figur 1.2.9 viser, hvor mange ekstra antal nytilkendte førtidspensioner der årligt kan tilskrives hver enkelt risikofaktor blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år. Det højeste ekstra antal førtidspensioner ses for rygning. Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der 1.244 og 548 antal ekstra førtidspensioner i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Antallet af ekstra førtidspensioner relateret til rygning er altså over dobbelt så højt blandt mænd end blandt kvinder. Omkring 28 % af de ekstra førtidspensioner relateret til rygning ses blandt personer, der tidligere har røget (406 og 91 nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder), og 42 % ses blandt personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter (501 og 259 nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder) (jf. tabel 6.10.1 i kapitel 6). Efter rygning følger lav score på den mentale helbredsskala og søvnbesvær. Blandt kvinder er antallet af ekstra førtidspensioner relateret til en lav score på den mentale helbredsskala (534) og søvnbesvær (483) på omtrent samme niveau som antallet af ekstra førtidspensioner relateret til rygning.

Der ses en betydelig kønsforskel i antallet af ekstra førtidspensioner for rygning og alkohol, med over dobbelt så mange nytilkendte førtidspensioner blandt mænd som blandt kvinder. Dertil er antallet af ekstra førtidspensioner også højere blandt mænd end blandt kvinder for stillesiddende fritidsaktivitet og alkohol.

Figur 1.2.9 Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner relateret til risikofaktorer, 18-64 år, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

1.3 Social ulighed i byrdemål

Social ulighed er opgjort for hver risikofaktor ved at udregne den ekstra byrde, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Figurerne i dette afsnit viser andelen af byrden, der kunne være undgået, og er således en relativ opgørelse. Søjlerne i figur 1.3.1-8 viser altså graden af uddannelsesmæssig skævhed inden for hver enkelt risikofaktor. En lang søjle i dette afsnits figurer (en stor andel af byrdemålet) for en bestemt risikofaktor kan dermed både dække over et højt og et lavt antal ekstra tilfælde.

For eksempel ses den største sociale ulighed i dødelighed for risikofaktoren 'usundt kostmønster', hvor 53 % og 54 % af alle ekstra dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder kan forklares af social ulighed (figur 1.3.1). Som vist i figur 1.2.1 er der 555 og 827 ekstra antal dødsfald relateret til usundt kostmønster blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det vil sige, at 294 (53 % af 555) og 447 (54 % af 827) ekstra dødsfald relateret til usundt kostmønster kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af usundt kostmønster som personer med en videregående uddannelse. For rygning ses en lavere andel af ekstra antal dødsfald, som kan forklares af social ulighed, henholdsvis 16 % blandt mænd og 6 % blandt kvinder. Altså kunne 1.347 (16 %) ud af 8.416 ekstra antal dødsfald relatereret til rygning blandt mænd have være undgået, hvis alle mænd i hele befolkningen havde haft samme forekomst af rygning og tidligere rygning som mænd med en videregående uddannelse. Blandt kvinder kunne 450 (6 %) ud af de 7.504 ekstra antal dødsfald relateret til rygning tilsvarende have være undgået.

Social ulighed i ekstra antal dødsfald

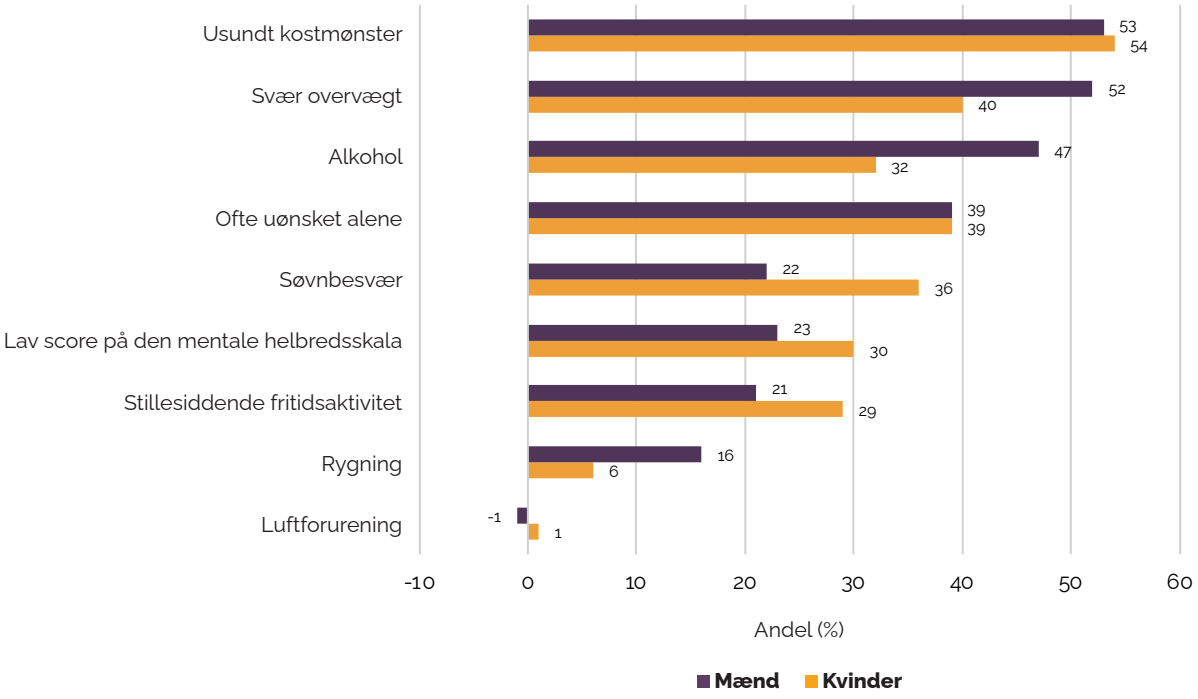
I figur 1.3.1 er der angivet den andel (%) af ekstra antal dødsfald, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal dødsfald er størst for usundt kostmønster og svær overvægt for begge køn samt alkohol blandt mænd. For disse risikofaktorer kan 40-55 % af ekstra antal dødsfald relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For risikofaktorerne svær overvægt, alkohol og rygning ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. Omvendt ses der en større social ulighed blandt kvinder end blandt mænd for risikofaktorerne søvnbesvær, en lav score på den mentale helbredskala og stillesiddende fritidsaktivitet.

For risikofaktoren luftforurening ses der ikke nogen social ulighed i dødsfald. Dette ses ved, at andelen af dødsfald, der kan forklares ved social ulighed, er tæt på 0.

Figur 1.3.1 Andel (%) af ekstra antal dødsfald, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister og Dødsårsagsregisteret.

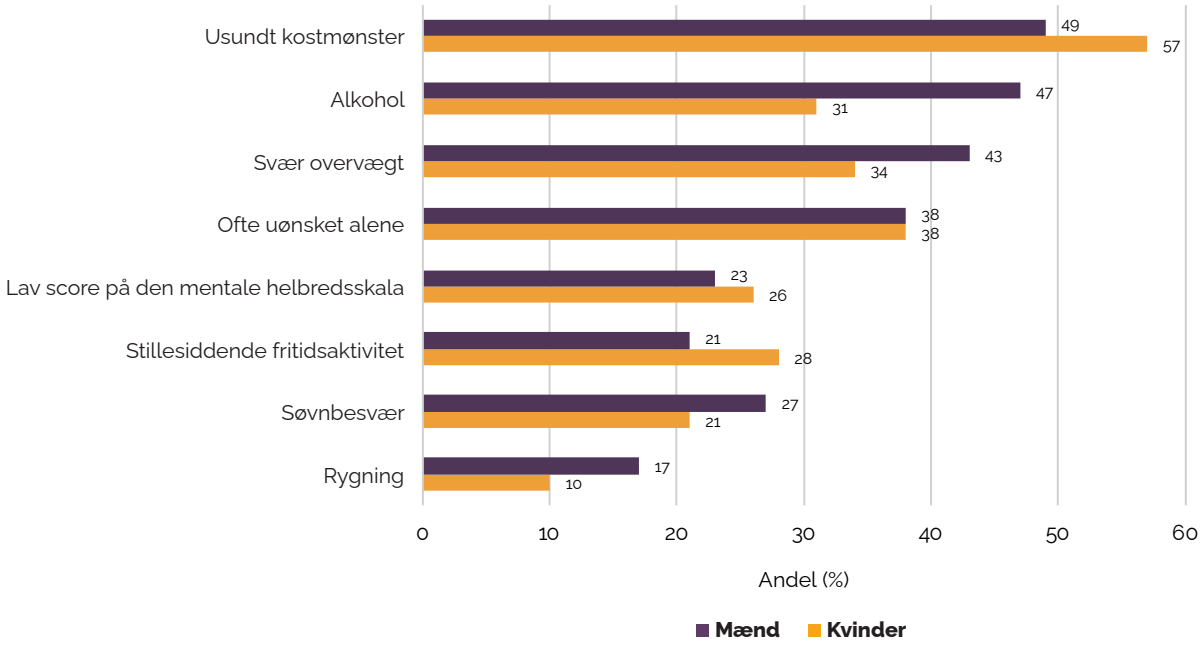
Social ulighed i ekstra antal somatiske indlæggelser

I figur 1.3.2 er der angivet den andel (%) af ekstra antal somatiske indlæggelser, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal somatiske indlæggelser er størst for usundt kostmønster, alkohol, svær overvægt og ofte uønsket alene. For disse risikofaktorer kan 31-57 % af ekstra antal somatiske indlæggelser relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For risikofaktorerne svær overvægt, alkohol, søvnbesvær og rygning ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. Omvendt ses der en større ulighed blandt kvinder end blandt mænd for risikofaktorerne usundt kostmønster og stillesiddende fritidsaktivitet.

Figur 1.3.2 Andel (%) af ekstra antal somatiske indlæggelser, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR

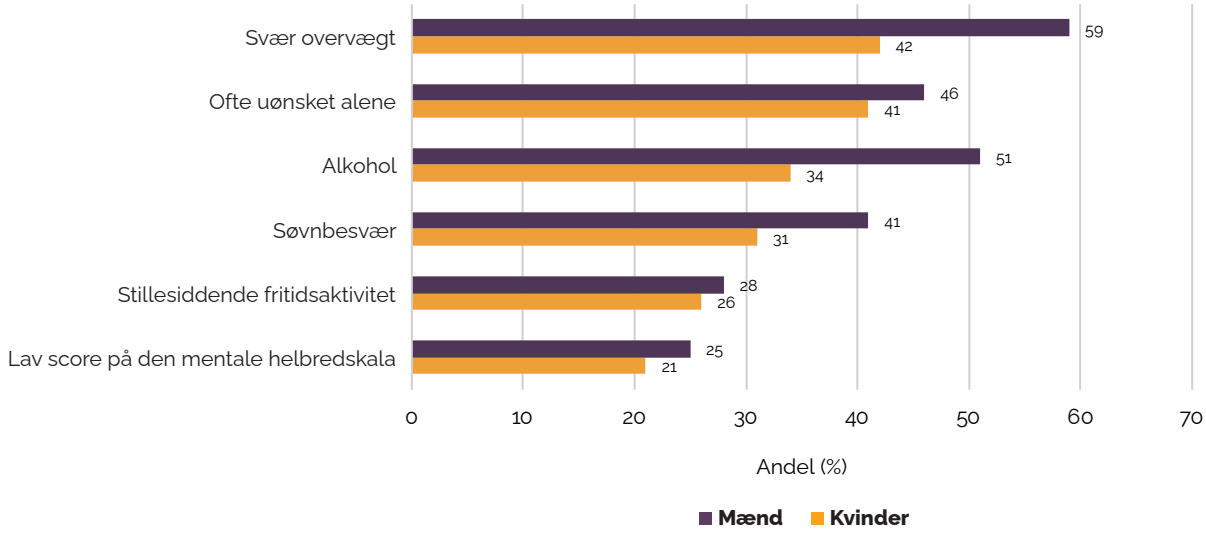
Social ulighed i ekstra antal psykiatriske indlæggelser

I figur 1.3.3 er der angivet den andel (%) af ekstra antal psykiatriske indlæggelser, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal psykiatriske indlæggelser er størst for svær overvægt og ofte uønsket alene blandt begge køn samt for alkohol og søvnbesvær blandt mænd. For disse risikofaktorer kan 41-59 % af ekstra antal psykiatriske indlæggelser relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For alle risikofaktorer ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 1.3.3 Andel (%) af ekstra antal psykiatriske indlæggelser, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR-PSYK).

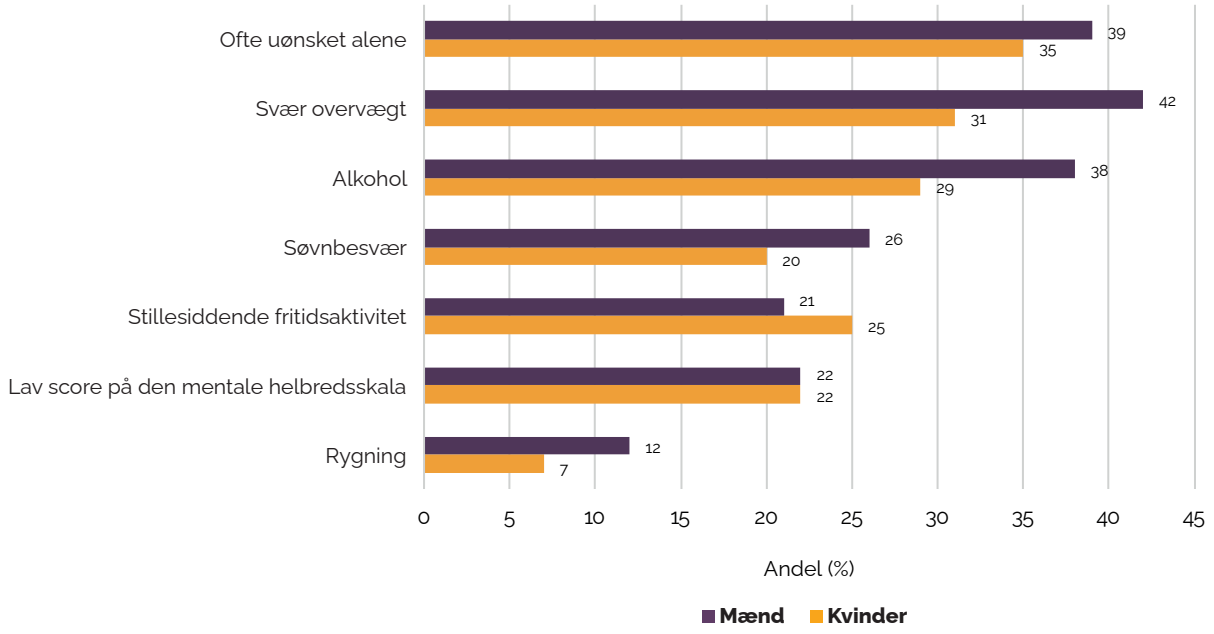
Social ulighed i ekstra antal somatiske ambulante kontakter

I figur 1.3.4 er der angivet den andel (%) af ekstra antal somatiske ambulante kontakter, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal somatiske ambulante kontakter er størst for ofte uønsket alene, svær overvægt og alkohol. For disse risikofaktorer kan 29-42 % af ekstra antal somatiske ambulante kontakter relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For risikofaktorerne ofte uønsket alene, svær overvægt, alkohol, søvnbesvær og rygning ses der en større ulighed blandt mænd end blandt kvinder. Omvendt ses en større social ulighed blandt kvinder end blandt mænd for stillesiddende fritidsaktivitet.

Figur 1.3.4 Andel (%) af ekstra antal somatiske ambulante kontakter, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

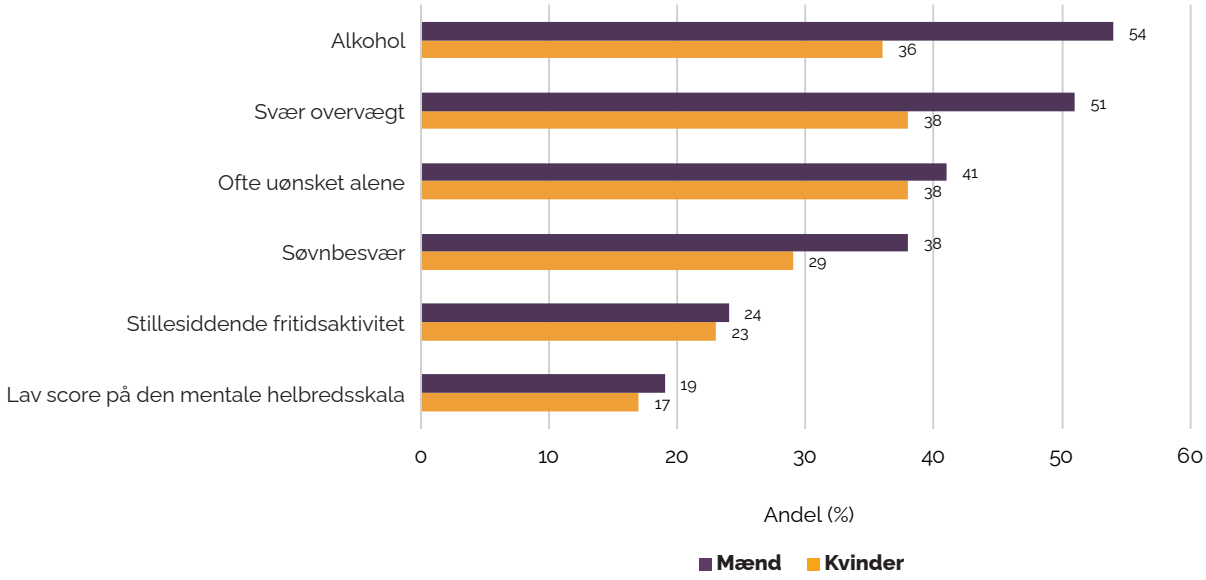
Social ulighed i ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter

I figur 1.3.5 er der angivet den andel (%) af ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter er størst for alkohol, svær overvægt og ofte uønsket alene for begge køn samt søvnbesvær blandt mænd. For disse risikofaktorer kan 36-54 % af ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For de fleste risikofaktorer ses en større social ulighed i ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd end blandt kvinder, med undtagelse af stillesiddende fritidsaktivitet og lav score på den mentale helbredsskala.

Figur 1.3.5 Andel (%) af ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge

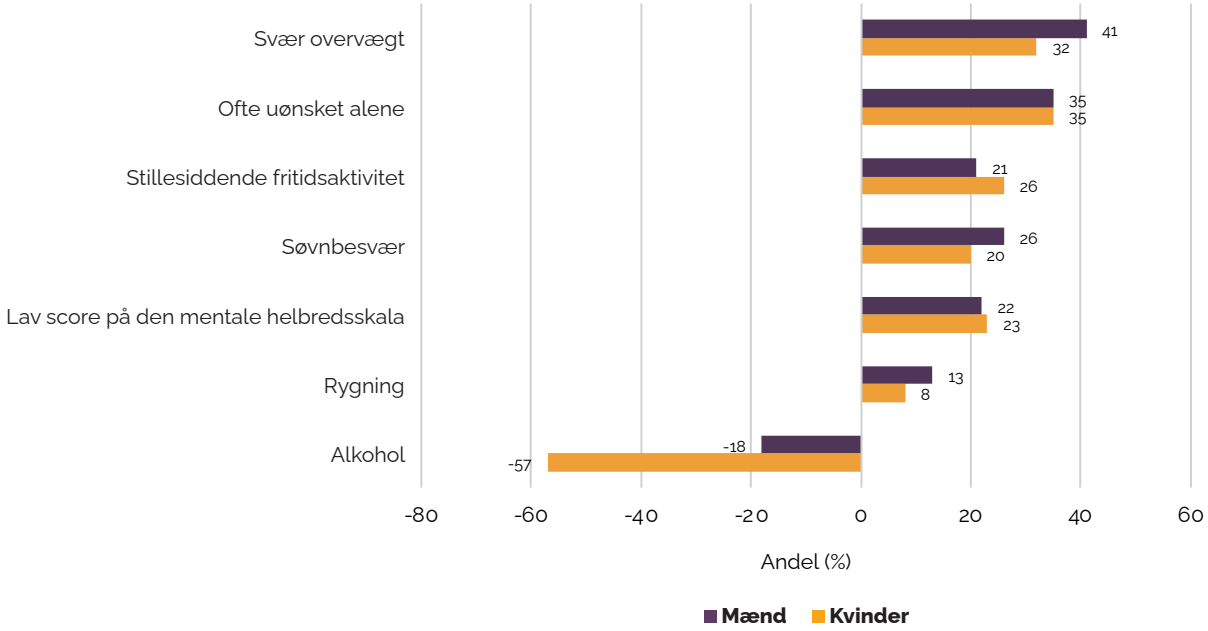
I figur 1.3.6 er der angivet den andel (%) af ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal lægekontakter er størst for svær overvægt og ofte uønsket alene. For disse to risikofaktorer kan 32-41 % af ekstra antal lægekontakter forklares ved sociale ulighed.

For risikofaktorerne svær overvægt, søvnbesvær og rygning ses der en større ulighed blandt mænd end blandt kvinder. Omvendt ses en større social ulighed blandt kvinder end blandt mænd for stillesiddende fritidsaktivitet.

For risikofaktoren alkohol ses der omvendt social ulighed, idet andelen af ekstra antal lægekontakter, der kan forklares ved social ulighed, er negativ. Dette afspejler et større ekstra antal lægekontakter blandt personer, der drikker mere end 10 genstande på en typisk uge, i gruppen af personer med en videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse.

Figur 1.3.6 Andel (%) af ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær

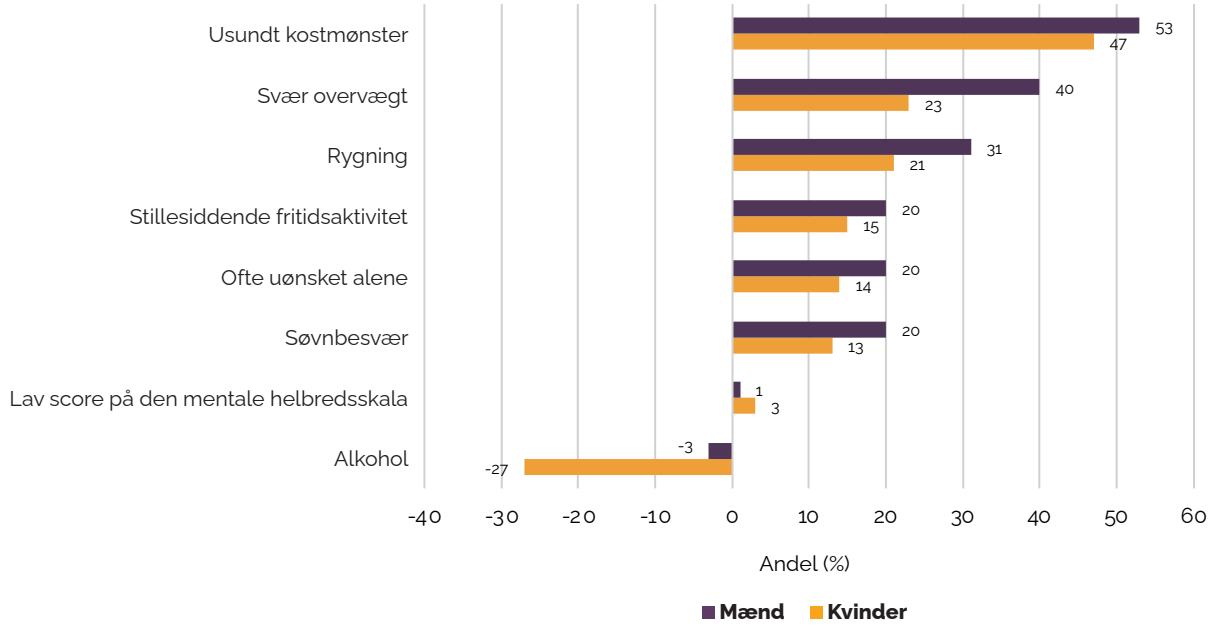
I figur 1.3.7 er der angivet den andel (%) af ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal sygedage er størst for usundt kostmønster for begge køn og for svær overvægt blandt mænd, hvor 40-53 % af ekstra antal sygedage relateret til risikofaktoren forklares ved social ulighed.

For alle risikofaktorer, med undtagelse af lav score på den mentale helbredsskala og alkohol, ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder.

For risikofaktoren alkohol ses der omvendt social ulighed, idet andelen af ekstra sygedage, der kan forklares ved social ulighed, er negativ. Dette afspejler et større antal ekstra sygedage blandt personer, der drikker mere end 10 genstande på en typisk uge, i gruppen af personer med en videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse.

Figur 1.3.7 Andel (%) af ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær, der kunne været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Social ulighed i ekstra antal nytilkendte førtidspensioner

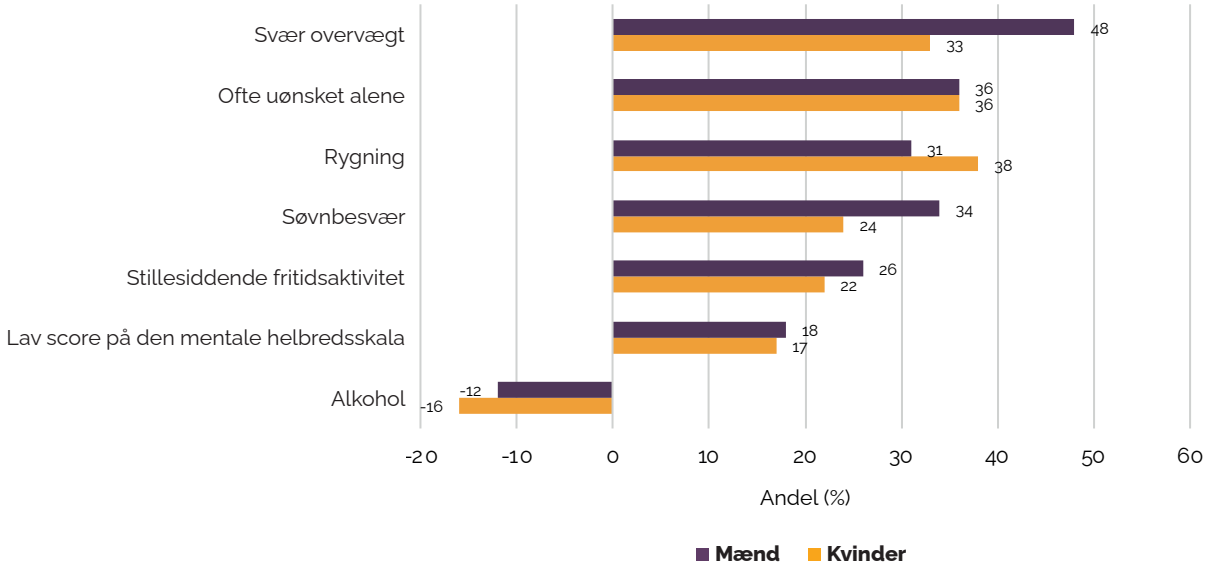
I figur 1.3.8 er der angivet den andel (%) af ekstra antal nytilkendte førtidspensioner, som årligt kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Den sociale ulighed i ekstra antal nytilkendte førtidspensioner er størst for svær overvægt, ofte uønsket alene og rygning blandt begge køn samt for søvnbesvær blandt mænd. For disse risikofaktorer kan 31-48 % af ekstra antal sygedage relateret til den enkelte risikofaktor forklares ved social ulighed.

For risikofaktorerne svær overvægt, søvnbesvær og stillesiddende fritidsaktivitet ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. Omvendt ses der en større ulighed blandt kvinder end blandt mænd for rygning.

For risikofaktoren alkohol ses der omvendt social ulighed, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner, der kan forklares ved social ulighed, er negativ. Dette hvilket afspejler et større antal ekstra førtidspensioner blandt personer, der drikker mere end 10 genstande på en typisk uge, i gruppen af personer med en videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse.

Figur 1.3.8 Andel (%) af ekstra antal nytilkendte førtidspensioner, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).



2

Baggrund og formål

2. Baggrund og formål

En risikofaktor kan bredt defineres som en faktor eller et forhold, der øger risikoen for funktionsnedsættelse, sygdom eller død. Opgørelser og monitorering af hvilke risikofaktorer, der udgør den største byrde for samfundet i form af dødelighed, brug af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og samfundsøkonomiske omkostninger, er centrale redskaber for at tilvejebringe vigtig viden til prioritering og planlægning af sundhedspolitiske tiltag samt viden til forskning og uddannelse på sundhedsområdet (1, 2).

Formål
Formålet med rapporten er at estimere sygdomsbyrden for ni udvalgte risikofaktorer. Sygdomsbyrden opgøres i form af dødelighed, kontakter i sundhedsvæsnet og fravær fra arbejdsmarkedet i Danmark. Derudover belyses den sociale ulighed i den ekstra byrde for hver risikofaktor.

Rapporten er en opdatering af tidligere opgørelser af byrden af risikofaktorer i Danmark udgivet i 2006 og 2016 (2, 3) og er et supplement til det internationale studie, Global Burden of Disease (GBD) (4, 5). GBD-studiet estimerer byrden af sygdomme og risikofaktorer med et sammenfattende byrdemål for både sygelighed og dødelighed, disability-adjusted life years (DALYs), som primært er anvendelig til at sammenligne byrder på tværs af lande og internationale regioner (1, 6). Ved nationale opgørelser er det relevant at inkludere flere forskellige byrdemål, der belyser nuancerede aspekter af byrden af den pågældende risikofaktor, eksempelvis brug af praksis- eller sygehussektoren samt arbejdsmarkedsfravær. På den måde skabes en bred og nuanceret viden om byrden – og dermed betydningen - af udvalgte risikofaktorer i Danmark.

I Danmark ses en social ulighed i forekomsten af forskellige risikofaktorer, dødelighed og brug af social- og sundhedsvæsnet (7). For eksempel er der en større andel af personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, der ryger dagligt, sammenlignet med personer med en længere uddannelse (7). Samtidig lever personer med en lang uddannelse længere end personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (7). Som et centralt element i denne rapport indgår derfor ulighedsberegninger for alle risikofaktorer og byrdemål. På denne måde estimeres det, hvordan byrdemål relateret til de udvalgte risikofaktorer fordeler sig i forskellige uddannelsesgrupper i befolkningen som supplement til demografiske opgørelser fordelt efter køn og aldersgrupper. Sådanne opgørelser tilvejebringer viden om den sociale ulighed i sundhed, som fortsat eksisterer i Danmark, hvilket vil kunne benyttes i forbindelse med prioritering og planlægning af sundhedspolitiske beslutninger og tiltag for at reducere uligheden.

2.1 Udvalgte risikofaktorer

Hver enkelt risikofaktor kan have direkte årsagssammenhæng med sygdom og død, men det er også muligt, at en risikofaktor optræder som del i en årsagskæde, hvor sammenhængen med sygdom og død er mere indirekte. Faktorerne i denne årsagskæde skal ses som indbyrdes afhængige, således at de både afhænger af faktorer, der er tæt på individet (alder, køn, arvelige faktorer, adfærd) samt faktorer, der er relateret til levevilkår (uddannelse, arbejdsmiljø, boligforhold). Levevilkårene påvirkes igen af den måde, hvorpå samfundet er organiseret. Risikofaktorerne kan opdeles på forskelligvis. GBD-studiet anvender opdelingen metaboliske, adfærdsmæssige og miljømæssige risikofaktorer. En lignede opdeling kunne beskrive de udvalgte risikofaktorer i denne rapport, for eksempel svær overvægt (metabolisk), rygning, alkoholforbrug, stillesiddende fritidsaktivitet og usundt kostmønster (adfærdsmæssig), søvnbesvær, ofte uønsket alene og lav score på den mentale helbredsskala (mentale) og luftforurening (miljømæssig). Andre kategoriseringer kunne også anvendes og benævnelserne af kategoriseringen er ikke så vigtige, men det er vigtigt at have for øje, at risikofaktorerne har forskellig karakter og forskelligt forebyggelsespotentiale. Alle risikofaktorer påvirkes dog af både levevilkår og strukturer i samfundet.

Valget af risikofaktorer er først og fremmest baseret på rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* (2) fra 2016 samt på baggrund af, hvilke risikofaktorer der udgjorde den største byrde i GDB-studiet 2019 for Danmark. Dertil er udvælgelsen baseret på forekomst, potentiale for forebyggelse, datakvalitet og -tilgængelighed samt relevans i en dansk kontekst. Udvælgelsen af risikofaktorer er endeligt fastlagt i samarbejde med rapportens faglige ekspertgruppe.

Det endelige valg af risikofaktorer til denne rapport er vist i boks 2.1. Definitionen af hver enkelt risikofaktor og metodiske overvejelser herom er beskrevet yderligere i kapitel 4.

Boks 2.1 Oversigt over udvalgte risikofaktorer.

Risikofaktorer
Svær overvægt
Rygning
Alkohol
Stillesiddende fritidsaktivitet
Usundt kostmønster
Søvnbesvær
Ofte uønsket alene
Lav score på den mentale helbredsskala
Luftforurening

Udvælgelsen af risikofaktorer til denne rapport betyder også, at en række andre risikofaktorer med betydning for befolkningens sundhed, sygelighed og dødelighed, er udeladt. Denne udeladelse skyldes blandt andet manglende eller sparsomt datamateriale samt beskedent forebyggelsespotentiale. Risikofaktorer, som i denne rapport er udeladt på denne baggrund, omfatter eksempelvis arbejdsrelateret stress og psykisk belastende arbejdsmiljø, usikker sex, for meget sol, passiv rygning, brug af e-cigaretter, brug af illegale stoffer, børnefattigdom, stressbelastninger i barndommen m.m. Når resultaterne fra denne rapport anvendes i debatten om forebyggelse og sundhed samt som prioriterings- og planlægningsværktøj, er dette forbehold vigtigt at tage højde for.

I denne rapport er risikofaktoren usundt kostmønster medtaget. Denne indgik ikke i rapporten fra 2016 (2), hvor der i stedet blev opgjort byrden af enkelte kostkomponenter (lavt indtag af frugt og grøntsager). Begrundelsen for denne ændring er, at der ved at medtage en risikofaktor om usundt kostmønster i stedet for enkelte kostkomponenter opnås et mere nuanceret billede af kostens sundhed og kvalitet som helhed og dermed betydningen for de valgte byrdemål (8). Luftforurening er medtaget som ny risikofaktor i denne rapport i forhold til rapporten fra 2016. Dette skyldes, at der er tiltagende forbedret datakvalitet og -tilgængelighed for indikatorer for luftforurening end tidligere. Risikofaktorerne søvnbesvær, ofte uønsket alene og lav score på den mentale helbredsskala indgår ikke i GBD-studiet. De er dog medtaget i denne rapport, da de vurderes som værende væsentlige for sygelighed og dødelighed i befolkningen samt som risikofaktorer i en dansk kontekst og byrdeopgørelse.

2.2 Udvalgte byrdemål

Konsekvenserne af de udvalgte risikofaktorer er belyst ved en række forskellige byrdemål, der omfatter mål for dødelighed, kontakt af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet samt samfundsøkonomiske omkostninger (herunder sundhedsvæsenets økonomi og tabt produktion). De inkluderede byrdemål i rapporten fremgår af boks 2.2. Yderligere er opgørelsesmetoden for hvert byrdemål beskrevet i afsnit 4.2.

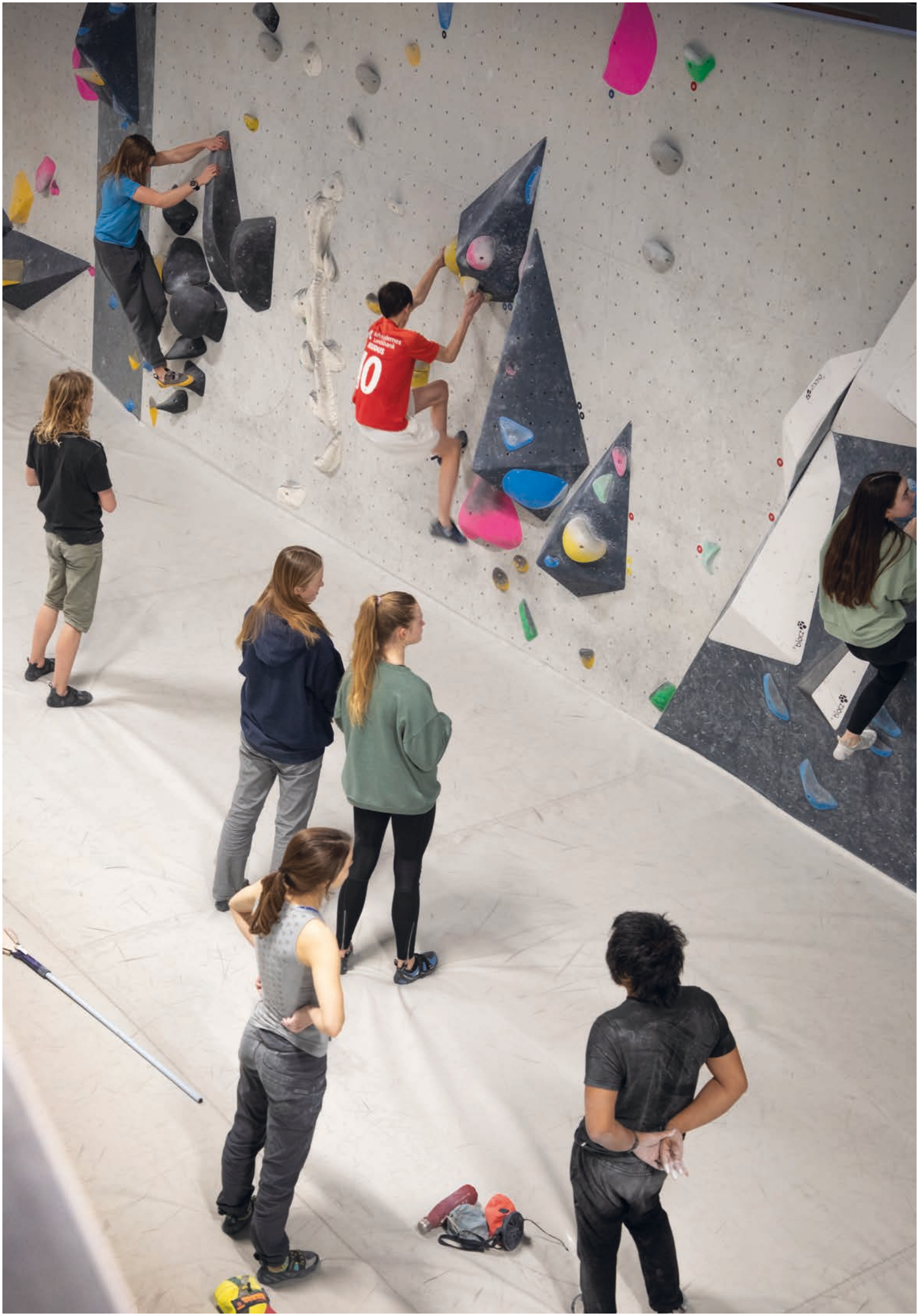
Boks 2.2 Oversigt over udvalgte byrdemål.

Byrdemål
Dødelighed
Dødsfald
Tab i middellevetid
Tabte leveår
Kontakt til hospitalssektoren
Somatiske og psykiatriske indlæggelser
Somatiske og psykiatriske ambulante kontakter
Kontakt til praksissektoren
Kontakter til alment praktiserende læge
Fravær fra arbejdsmarkedet
Sygedage ved langvarigt sygefravær
Nytilkendte førtidspensioner
Sundhedsvæsenets økonomi
Omkostninger til hospitalssektoren
Omkostninger til praksissektoren
Omkostninger til receptpligtig medicin
Omkostninger til hjemmehjælp
Produktionstab på grund af fravær fra arbejdsmarkedet
Omkostninger grundet langvarigt sygefravær
Omkostninger grundet nytilkendte førtidspensioner
Omkostninger grundet tidlig død

Valget af byrdemål i denne rapport medfører også fravalg. For eksempel indgår DALYs, som er et af de centrale mål i GBD-studiet, ikke i beregningerne. Endvidere er der er heller ikke medtaget for eksempel afledte omkostninger på socialområdet, såsom personlig og praktisk hjælp i hjemmet og anbringelse og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge af forældre med et højt alkoholforbrug, der udgør en stor økonomisk post (9). Følgende byrdemål fra rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (2) er ligeledes fravalgt på grund af manglende datagrundlag og overvejelser omkring kausalitet: kortvarigt sygefravær og sparret fremtidigt forbrug. I *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 indgik endvidere et byrdemål for skadestuebesøg. På grund af ændringer i Landspatientregisteret opgøres disse kontakter i denne rapport som akutte ambulante kontakter, der lægges sammen med planlagte ambulante kontakter.

Referencer

1. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1223-49.
2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
3. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2006.
4. Lancet T. Global Burden of Disease: The Lancet. [Tilgået august 2022:: https://www.thelancet.com/gbd].
5. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, USA: University of Washington School of Medicine. [Tilgået juli 2022:: https://www.healthdata.org/].
6. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1204-22.
7. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2020.
8. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr 2007;61(2):270-8.
9. Kjellberg J, Ibsen R. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 – en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, for Sundhedsstyrelsen, 2016.



3

Læsevejledning

3. Læsevejledning

Rapporten er bygget op således, at der i hvert kapitel (5-13) præsenteres resultater for hver enkelt af de ni inkluderede risikofaktorer: Svær overvægt, rygning, alkohol, stillesiddende fritidsaktivitet, usundt kostmønster, ofte uønsket alene, søvnbesvær, lav score på den mentale helbredsskala og luftforurening. Risikofaktorerne, som kan inddeles i metaboliske- (svær overvægt), adfærdsmæssige- (rygning, alkohol, stillesiddende fritidsaktivitet, usundt kostmønster), mentale- (ofte uønsket alene, søvnbesvær, lav score på den mentale helbredsskala) og miljømæssige risikofaktorer (luftforurening), præsenteres i en vilkårlig, ikke prioriteret, rækkefølge.

Hvert kapitel indledes med en kort introduktion til risikofaktoren samt en opgørelse af henholdsvis forekomsten af risikofaktoren i 2017 og udviklingen i forekomsten af risikofaktoren fra 2010 til 2017. Forekomsten i 2017 er opdelt på køn, alder og længst fuldførte uddannelse. Herefter følger et afsnit for hvert af de følgende byrdemål: dødelighed, indlæggelser, ambulante kontakter, kontakter til alment praktiserende læge, sygedage ved langvarigt sygefravær, nytilkendte førtidspensioner og samfundsøkonomiske omkostninger. Hvert byrdemål er opdelt på køn og aldersgrupper. Derudover opgøres byrdemålene i forhold til længst fuldførte uddannelse. Disse opgørelser er opdelt på køn. Resultaterne er vist i tabeller og figurer, der følger samme struktur og opbygning gennem kapitlerne.

Tabeller og kommentering

Nedenfor beskrives de forskellige tabeller der indgår i rapporten. Der vises tabeleksempler for risikofaktoren søvnbesvær og byrdemålet dødelighed. Som følge af afrundinger kan summen af tal i tabeller afvige fra totalen, der vises.

For hvert byrdemål (med undtagelse af samfundsøkonomiske omkostninger) er der to tabeller.

Den første tabel (tabeleksempel 1) er opdelt på køn og aldersgrupper og beskriver forekomsten af risikofaktoren, den relative risiko, ekstra antal tilfælde blandt eksponerede i forhold til referencegruppen, samt hvor stor en andel, disse ekstra tilfælde udgør af det samlede byrdemål.

Der kommenteres ikke på alle tal i tabellen, men der kommenteres altid på den relative risiko, den samlede ekstra årlige byrde (for eksempel ekstra antal dødsfald og ekstra antal indlæggelser), i hvilken aldersgruppe der ses den største ekstra byrde per 100.000 personer, samt andelen, som den ekstra byrde udgør af den samlede byrde. Dette kommenteres separat for mænd og kvinder.

Tabeleksempel 1 Forekomst af personer med søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	14	-	575	12	1
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,47	554	24	2
16-29 år	11	1,92	21	4	9
30-49 år	11	1,62	58	8	6
50-64 år	12	1,40	177	31	5
65-74 år	9	1,24	130	42	2
75 år eller derover	9	1,12	167	87	1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,04	22	1	<1
16-29 år	17	1,09	1	<1	2
30-49 år	15	1,06	5	1	1
50-64 år	19	1,04	16	3	1
65-74 år	15	1,01	9	3	<1
75 år eller derover	15	1,00	-9	-4	<1

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

% angiver procentandelen af mænd i alderen 16-29 år med søvnbesvær. I eksemplet her er der 11 % af mænd i alderen 16-29 år, der har søvnbesvær.

RR angiver relativ risiko, det vil sige, den relative risiko for død for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. I eksemplet her er RR 1,40, det vil sige, at risikoen for død blandt mænd med søvnbesvær i alderen 50-64 år er 1,40 gange højere end for mænd uden søvnbesvær i samme aldersgruppe (40 % højere). Alle RR er i rapporten justeret for undersøgelsesår, uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster, hvilket betyder, at der i beregningen af RR er taget højde for eventuelle forskelle i sammensætningen af disse faktorer mellem de to grupper.

Ekstra antal dødsfald angiver det antal dødsfald der ses blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. I eksemplet her er der årligt 16 ekstra dødsfald blandt kvinder i alderen 50-64 år med søvnbesvær i forhold til kvinder uden søvnbesvær i samme aldersgruppe.

% angiver procentandelen som de ekstra antal dødsfald, blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, udgør af alle dødsfald. I eksemplet her udgør ekstra antal dødsfald blandt kvinder i alderen 16-29 år med søvnbesvær 2 % af alle dødsfald i samme aldersgruppe.

Den anden tabel (tabeleksempel 2) inkluderer personer på 30 år eller derover og er opdelt på køn og længst fuldførte uddannelse. Tabellen beskriver forekomsten af risikofaktoren, ekstra antal tilfælde blandt eksponerede i forhold til referencegruppen, samt ekstra tilfælde, der kunne være undgået, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Der kommenteres ikke på alle tal i tabellen, men der kommenteres altid på, i hvilken uddannelsesgruppe, der ses den største ekstra byrde, og om der ses social ulighed i det pågældende byrdemål. Dette kommenteres separat for mænd og kvinder. I denne rapport tales om social ulighed i en risikofaktor, når der for et givent byrdemål er en forholdsmæssig større byrde blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse i forhold til personer med en videregående uddannelse. Der kommenteres også på, om der ses en gradient i social ulighed. Dette betyder, at den sociale ulighed for et givent byrdemål stiger gradvist i takt med kortere uddannelse. I de tilfælde hvor den ekstra byrde falder gradvist i takt med kortere uddannelse, omtales det som en omvendt gradient i social ulighed.

Det skal bemærkes, at forekomsterne i tabeleksempel 1 og tabeleksempel 2 ikke er ens, da tabeleksempel 1 inkluderer personer på 16 år eller derover, hvorimod tabeleksempel 2 kun inkluderer personer på 30 år eller derover. I opgørelserne af social ulighed indgår udelukkende personer på 30 år eller derover for så vidt muligt kun at inkludere personer med et afsluttet uddannelsesforløb.

Tabeleksempel 2 Forekomst af personer med søvnbesvær, ekstra antal dødsfald blandt personer med søvnbesvær og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	-	552	126	23
Mænd				
I alt blandt mænd	10	530	118	22
Grundskole	15	249	83	33
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10	214	35	16
Videregående uddannelse	7	67	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	23	8	36
Grundskole	21	10	6	57
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	8	2	26
Videregående uddannelse	12	4	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Antal angiver det ekstra antal dødsfald relateret til søvnbesvær, der ses blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse i forhold til personer med en videregående uddannelse. Det vil sige, hvis alle mænd med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse havde den samme forekomst af søvnbesvær som blandt mænd med videregående uddannelse, ville 118 ekstra dødsfald relateret til søvnbesvær være undgået. Hvis dette antal er negativt, angiver det, at der ville have været flere dødsfald, hvis alle havde samme forekomst af søvnbesvær som blandt personer med videregående uddannelse. For en detaljeret beskrivelse af beregningerne, se afsnit 4.2.2 i metoden.

% angiver den tilsvarende andel af ekstra antal dødsfald, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme prævalens af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse. I dette eksempel er det 22 %, hvilket vil sige, at hvis mænd med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse havde samme forekomst af søvnbesvær som mænd med en videregående uddannelse, ville 22 % af dødsfald relateret til søvnbesvær være undgået. Hvis dette tal er negativt, afspejler det et negativt antal i kolonnen til venstre – altså at der ville have været flere dødsfald, hvis alle havde samme forekomst af søvnbesvær som personer med videregående uddannelse. En negativ andel skal derfor forstås som den andel af ekstra antal dødsfald der ville være tilføjet hvis hele befolkningen havde samme prævalens af risikofaktoren som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

For risikofaktoren rygning findes der en ekstra tabel, som beskriver den relative risiko samt ekstra antal tilfælde af byrdemålet for hver enkelt kategori af eksponering (henholdsvis 'har tidligere røget', 'ryger dagligt 15 eller færre cigaretter' og 'ryger dagligt flere end 15 cigaretter'). Denne tabel er opdelt på køn.

For byrdemålet dødelighed er der yderligere en tabel (tabeleksempel 3), der beskriver forskel i restlevetid mellem personer, der henholdsvis er eksponerede og referencegruppen for risikofaktoren, tab i middellevetid samt tabte leveår, der kan tilskrives den pågældende risikofaktor. Der kommenteres altid på alle tal i tabellen.

Tabeleksempel 3 Forskel i middellevetid blandt personer med og uden søvnbesvær, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med søvnbesvær, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-2,5	3	6.692
Kvinder	-0,1	1	542

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Forskellen angiver det antal år, som personer med søvnbesvær lever kortere eller længere i forhold til personer uden søvnbesvær. I eksemplet her lever mænd med søvnbesvær 2,5 år kortere end mænd uden søvnbesvær.

Tab i befolkningens middellevetid angiver det antal måneder befolkningen vil kunne forventes at leve længere hvis søvnbesvær blev fjernet fra befolkningen. Det vil sige, det antal måneder vi som befolkning taber på grund af søvnbesvær. I eksemplet her kunne middellevetiden for kvinder være 1 måned længere hvis ingen havde søvnbesvær.

Tabte leveår angiver det antal samlede leveår der går tabt på grund af søvnbesvær. Det vil sige, det antal leveår vi som befolkning ville kunne opnå hvis ingen havde søvnbesvær. I dette eksempel er der årligt 6.692 tabte leveår blandt alle mænd, der kunne være undgået hvis ingen mænd i befolkningen havde søvnbesvær.

Den sidste tabel (tabeleksempel 4) for hver risikofaktor omhandler samfundsøkonomiske omkostninger relateret til den pågældende risikofaktor. De samfundsøkonomiske omkostninger er opdelt på sundhedsøkonomiske omkostninger og tabt produktion.

Der kommenteres ikke på alle tal i tabellen, men der kommenteres altid på, hvor stor den samlede ekstraomkostning er henholdsvis i sundhedsvæsnet og ved tabt produktion. Derudover kommenteres der på, hvor stor en andel af de ekstra sundhedsøkonomiske omkostninger, der kan relateres til praksissektoren, sygehusvæsenet, medicin og hjemmehjælp, samt hvor stor en andel af den tabte produktion, der kan relateres til langvarigt sygefravær, nytilkendt førtidspension og tidlig død. Der kommenteres samlet for mænd og kvinder.

Tabeleksempel 4 Ekstra omkostninger til behandling og pleje samt tabt produktion blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	422	4.051	536	-188	4.821
Mænd					
I alt blandt mænd	140	2.214	260	-39	2.575
16-29 år	19	36	10	0	66
30-49 år	40	544	66	0	649
50-64 år	45	842	96	-117	865
65-74 år	21	444	50	24	538
75 år eller derover	15	349	39	54	457
Kvinder					
I alt blandt kvinder	283	1.837	276	-149	2.246
16-29 år	58	367	35	0	460
30-49 år	76	490	66	0	632
50-64 år	79	514	84	-165	512
65-74 år	38	251	47	-15	321
75 år eller derover	32	215	44	31	321

		Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:		**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt		12.839	3.624	972	17.435
Mænd					
I alt blandt mænd		5.397	1.998	912	8.307
16-29 år		2.987	1.402	546	4.935
50-64 år		2.410	596	366	3.372
Kvinder					
I alt blandt kvinder		7.442	1.627	60	9.129
16-29 år		4.262	989	34	5.285
50-64 år		3.181	637	26	3.844

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet). Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Det Centrale Personregister, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Sygedagpengeregisteret, Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Mio. 2017-kr. skal forstås sådan at alle omkostninger er omregnet til værdien af kronen i 2017.

Tallene i den første del af tabellen angiver det antal kr. (opgjort i mio. 2017-kr.) der årligt bruges ekstra i forbindelse med henholdsvis praksis, sygehus, medicin og hjemmehjælp blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. I eksemplet her bruges der årligt 140 mio. kr. mere på praksis (kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæge og terapeuter) blandt mænd med søvnbesvær end blandt mænd uden søvnbesvær.

Tallene i den anden del af tabellen angiver det antal kr. (opgjort i mio. 2017-kr.) der årligt kan tilskrives tabt produktion i forbindelse med henholdsvis langvarigt sygefravær, førtidspension og tidlig død blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. I eksemplet her er det årlige produktionstab, relateret til nytilkendt førtidspension, 1.627 mio. kr. større blandt kvinder med søvnbesvær end blandt kvinder uden søvnbesvær.



4

Metode

4. Metode

I dette kapitel præsenteres opgørelsesmetoder for de udvalgte risikofaktorer og bydemål. I rapporten anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, som via CPR-numre kobles til data fra en lang række nationale registre (Se bilag 1 for en beskrivelse af de enkelte datakilder). Deltagerantallet for Den Nationale Sundhedsprofil var 177.639 i 2010 (1), 162.283 i 2013 (2) og 183.372 i 2017 (3). Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021 (4) anvendes ikke i denne rapport på grund af manglende tilgængelighed af registerdata for 2021 ved rapportens udarbejdelse på grund af indførelse af den nyeste version af Landspatientregisteret, LPR-3. Dertil kan prævalenserne for 2021 for flere risikofaktorer være påvirket af en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19 pandemien (4).

På trods af at denne rapport som udgangspunkt er en opdatering af rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5), skal en sammenligning af resultaterne foretages med forsigtighed på grund af en række metodemæssige ændringer, herunder ændringer i definitionen af enkelte risikofaktorer, opgørelse af enkelte byrdemål og justeringer i analyserne. Derudover ses der generelt en stigning i befolkningsantallet samt en stigning i andelen af ældre personer i Danmark. En stigning i andelen af ældre personer i Danmark vil naturligt og samlet set medføre en absolut stigning i antallet af dødsfald, indlæggelser, ambulante kontakter m.m., i den danske befolkning. En stigning af ekstra antal tilfælde for en given risikofaktor i forhold til *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer 2016* (5) kan derfor forekomme på grund af en generel stigning i antallet af tilfælde i hele befolkningen på grund af en ændret demografisk befolkningssammensætning med flere ældre. En sammenligning af ekstra antal tilfælde for et givent byrdemål med resultaterne i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer 2016* (5), skal derfor gøres med dette i mente. Den metodiske tilgang anvendt i denne rapport er beskrevet detaljeret i dette kapitel.

4.1 Definition af risikofaktorer

I det følgende gives en uddybende beskrivelse af de enkelte risikofaktorer.

4.1.1 Svær overvægt

Svær overvægt defineres i denne rapport på baggrund af selvrapporterede oplysninger om højde og vægt fra Den Nationale Sundhedsprofil (1-3). Der benyttes svar fra følgende spørgsmål: 1) 'Hvor høj er du (uden sko)?' med svarangivelse i cm og 2) 'Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?' (med svarangivelse i kilogram). Oplysningerne bruges til at beregne Body Mass Index (BMI). BMI udregnes som vægten i kilogram divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m^2). Sammenhængen mellem dødelighed og BMI beskrives generelt ved en J- eller U-formet kurve, hvor den laveste dødelighed observeres ved et BMI inden for intervallet 20-25 (6, 7). Der ses samtidig en tydelig opadgående dødelighedskurve ved et BMI fra 30, og World Health Organization (WHO) har valgt denne grænse (BMI≥30) som definition på svær overvægt (8, 9). WHO inddeler svær overvægt i yderligere tre undergrupper: klasse I (BMI: 30-34,9), klasse II (BMI: 35-39,9) og klasse III (BMI≥40).

Baseret på WHO´s definition er svær overvægt i denne rapport ligeledes defineret som personer med et BMI på 30 eller derover. Personer med svær overvægt klasse III udgør en lille gruppe af populationen (ca. 2 %), og antallet af personer i denne gruppe er særligt lille i den yngste og ældste aldersgruppe. Derfor indgår svær overvægt klasse III ikke som en selvstændig gruppe, men er derimod slået sammen med personer med svær overvægt klasse II. Denne eksponeringsgruppe kaldes svær overvægt klasse II-III (boks 4.1.1.). Referencegruppen udgøres af personer uden svær overvægt (BMI: 20,0-29,9), mens personer med et BMI under 20 ekskluderes i opgørelserne for svær overvægt som risikofaktor. Derimod indgår personer med et BMI under 20 i opgørelser for andre risikofaktorer, hvor der justeres for BMI. Selvom referencegruppen ikke indeholder personer med et BMI under 20, benævnes denne gruppe alligevel som ´personer uden svær overvægt´ for læsevenligheden skyld. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren svær overvægt ses i boks 4.1.1.

Boks 4.1.1 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren svær overvægt.

Grupper	BMI (kg/m²)	Benævnelse
Referencegruppe	20,0-29,9	Personer uden svær overvægt
Eksponeringsgruppe 1	30,0-34,9	Personer med svær overvægt, klasse I
Eksponeringsgruppe 2	≥35,0	Personer med svær overvægt, klasse II-III

BMI tager ikke højde for fordelingen af fedt og muskler på kroppen, men er alene et udtryk for forholdet mellem vægt og højde. Det betyder for eksempel, at to personer med samme BMI godt kan have en forskellig fordeling af muskler og fedt, og ofte har høje personer et højere BMI end lavere personer. På befolkningsniveau vurderes BMI imidlertid at være et simpelt, objektivt mål, som kan bruges til at vurdere vægtstatus og -udvikling (8).

Det er fra litteraturen vist, at personer med et BMI under 20 har en højere risiko for død, som kan forklares af eksisterende sygdom (10). Da der i analyserne ikke tages højde for eksisterende sygdom ved baseline i analyserne, og undervægt ikke inkluderes som en risikofaktor, ekskluderes personer med et BMI under 20 ved risikofaktoren svær overvægt.

De benyttede BMI-grænser gælder for voksne på 18 år eller derover. Der er tilsvarende udarbejdet BMI-grænser for børn og unge, som er afhængige af køn, alder og pubertetens indtræden. I Danmark anvendes grænseværdier udviklet af International Obesity Taskforce til børn og unge i alderen 5-17 år og WHO's vækstkurver for børn i alderen 0-5 år (11, 12). I denne rapport er kategoriseringen imidlertid også anvendt for unge i alderen 16-17 år. På denne baggrund kan der således være en risiko for misklassifikation i BMI-kategorier for personer i alderen 16-17 år, hvor svær overvægt kan underestimeres idet BMI-grænsen for svær overvægt generelt er lavere når International Obesity Taskforce´s grænseværdier anvendes. Resultaterne for denne aldersgruppe skal derfor fortolkes med dette forbehold. Denne aldersgruppe (16-17 år) udgør imidlertid en meget lille andel af den samlede studiepopulation (16 år eller derover) og har således også kun få ekstra tilfælde for de fleste byrdemål (for eksempel dødsfald, indlæggelser m.m.).

I rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 var risikofaktoren svær overvægt belyst på baggrund af en enkelt eksponeringsgruppe (BMI ≥30). I denne rapport er svær overvægt inddelt i to undergrupper (klasse I og klasse II-III), og den relative risiko for hvert byrdemål udregnes for begge kategorier af svær overvægt, jf. beskrivelse af ætiologisk fraktion i afsnit 4.2. Risikoen for komorbiditet og udvikling af følgesygdom stiger med højere BMI for alle tre klasser svær overvægt (7), og der vil derfor være forskel i graden af konsekvenser ved svær overvægt henholdsvis for klasse I og klasse II-III. Ændringen af eksponeringsgrupperne for svær overvægt i forhold til den tidligere rapport vurderes derfor at give et mere retvisende billede af byrden af svær overvægt. En sammenligning af resultater for svær overvægt fra denne rapport med resultaterne fra rapporten fra 2016 bør derfor foretages med dette forbehold.

4.1.2 Rygning

Rygning defineres i denne rapport på baggrund af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil (1-3). Her er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger med svarkategorierne: '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'. Personer, som svarede, at de ryger dagligt, blev yderligere spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen for henholdsvis antal cigaretter, cerutter, cigarer og pibestop.

I denne rapport er rygning inddelt i kategorierne 'Personer, der aldrig har røget', 'Personer, der tidligere har røget', 'Personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter' og 'Personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter'. Kategorien 'Personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter' omfatter personer, der henholdsvis ryger færre end 15 cigaretter om dagen, ryger mindst én gang om ugen, ryger sjældnere end hver uge eller ryger cerutter, cigarer eller pibe, uanset mængde. Personer, der ryger cerutter, cigarer eller pibe, er placeret i denne kategori, da antallet af cerutter, cigarer eller pibestop ikke er direkte sammenligneligt med antallet af cigaretter, der ryges. Det er dermed ikke muligt at opgøre

den mængde af tobak og nikotin i cerutter, cigarer og pibestop, der ville svare til mængden af tobak og nikotin i cigaretter. Nogle personer, som ryger cerutter, cigarer eller pibe, kan derfor være placeret i gruppen af personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter, men som ideelt set burde have været placeret i gruppen af personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere. Dog udgør gruppen af personer, der ryger cerutter, cigarer eller pibe, kun en meget lille andel (1 % blandt alle deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2017), og dette burde derfor ikke påvirke de i rapporten præsenterede resultater for rygning. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren rygning ses i boks 4.1.2.

Boks 4.1.2 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren rygning.

Grupper	Svarkategorier	Benævnelse
Referencegruppe	Nej, jeg har aldrig røget	Personer, der aldrig har røget
Eksponeringsgruppe 1	Nej, jeg er holdt op	Personer, der tidligere har røget
Eksponeringsgruppe 2	Ryger dagligt <15 cigaretter, ryger lejlighedsvist eller ryger cerutter, cigarer eller pibe uanset mængde	Personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter
Eksponeringsgruppe 3	Ryger dagligt ≥15cigaretter	Personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter

Uanset hvor lidt man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygelighed og død, men risikoen øges med stigende rygemængde, ung alder ved rygedebut, antallet af år, der er blevet røget, og jo senere et eventuelt rygestop opnås (13, 14). På baggrund af denne viden er der i denne rapport inkluderet flere eksponeringsgrupper for rygning. Selvom personer, der tidligere har røget, ikke længere eksponeres for de skadelige stoffer, der inhaleres ved rygning, er det veldokumenteret, at de skadelige følgevirkninger ikke stopper samtidig med et eventuelt rygestop, men mindskes med tiden siden rygestop. Således blev det i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 eksempelvis dokumenteret, at mænd og kvinder, der tidligere har røget, i gennemsnit lever henholdsvis 2,8 år og 2,6 år kortere end mænd og kvinder, der aldrig har røget (5). Hvis personer, der tidligere har røget, var blevet placeret i gruppen af personer, der aldrig har røget, ville det have betydet, at forskellen mellem referencegruppen og eksponeringsgruppen var blevet mindre, og byrdemålene for rygning ville blive underestimeret. Tilsvarende overvejelser er foretaget for eksponeringsgruppe 2 og 3, hvor det således formodes, at byrden vil stige med stigende rygemængde, hvorfor det er vigtigt med en yderligere opdeling af personer, der ryger.

Information om rygelængde og tid siden rygestop er ikke tilgængelige for denne rapport og er derfor ikke inkluderet i opgørelserne.

Definitionen og kategoriseringen af rygning er den samme som i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016, men navngivningen af kategorierne er ændret (5).

4.1.3 Alkohol

I denne rapport opgøres betydningen af alkoholforbrug for dødelighed (herunder ekstra antal dødsfald, middellevetid og tab af tabte leveår), indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske) på baggrund af registeroplysninger for alle personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark i 2017. Således anvendes en direkte optælling af alkoholrelaterede dødsfald og diagnoser fra henholdsvis Dødsårsagsregisteret (15) og Landspatientregisteret (16) (bilag 1), når der i rapporten præsenteres opgørelser for alkoholrelateret dødelighed og alkoholrelateret indlæggelser og ambulante kontakter. Der anvendes både tilgrundliggende og medvirkende årsager (dødelighed) samt aktions- og bidiagnoser (indlæggelser og ambulante kontakter). De inkluderede ICD-10-diagnoser ses i boks 4.1.3a og 4.1.3b.

Boks 4.1.3a Inkluderede ICD-10 diagnoser til opgørelse af alkoholrelaterede dødsfald.

ICD-10-kode	Diagnose
F10	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol
K70	Alkoholisk leversygdom
K85.2	Akut alkoholisk pankreatitis
K86.0	Kronisk alkoholisk pankreatitis
X45	Forgiftningsdødsfald på grund af alkohol – Ulykker
X65	Forgiftningsdødsfald på grund af alkohol – Selvmord
Y15	Forgiftningsdødsfald på grund af alkohol – Usikker dødsmåde
G31.2	Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol
G62.1	Alkoholisk polyneuropati
G72.1	Alkoholisk myopati
I42.6	Alkoholisk kardiomyopati
K29.2	Alkoholisk gastritis
O35.4	Graviditet med alkoholisk forsterskade
P04.3	Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt
Q86.0	Føtalt alkoholsyndrom

Boks 4.1.3b Inkluderede ICD-10-diagnoser til opgørelse af alkoholrelaterede somatiske og psykiatriske indlæggelser og ambulante kontakter.

ICD-10-kode	Diagnose
F10	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol
K70	Alkoholisk leversygdom
K85.2	Akut alkoholisk pankreatitis
K86.0	Kronisk alkoholisk pankreatitis
T51	Forgiftning med alkohol
G31.2	Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol
G62.1	Alkoholisk polyneuropati
G72.1	Alkoholisk myopati
I42.6	Alkoholisk kardiomyopati
K29.2	Alkoholisk gastritis
O35.4	Graviditet med alkoholisk forsterskade
P04.3	Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt
Q86.0	Føtalt alkoholsyndrom

For de resterende byrdemål, det vil sige kontakter til alment praktiserende læge, sygedage ved langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner, anvendes et mål for alkoholforbrug defineret ud fra Sundhedsstyrelsens udmelding om at drikke højst 10 genstande i løbet af en typisk uge for både kvinder og mænd (17, 18). Alkoholforbrug opgøres til dette formål på baggrund af selvrapporteret information fra Den Nationale Sundhedsprofil, hvorfra der er benyttet to spørgsmål til klassifikation af svarpersonernes alkoholforbrug: 1) 'Har du drukket alkohol inden for de sidste 12 måneder?' med svarkategorierne 'Ja' og 'Nej', og 2) 'Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?' Den anvendte kategorisering og benævnelse for byrdeopgørelser, hvor alkoholforbrug er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil, ses i boks 4.1.3c.

Boks 4.1.3c Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren alkohol.

Grupper	Antal genstande per uge	Benævnelse
Referencegruppe	1-10	Personer, der drikker 10 genstande eller færre om ugen
Eksponeringsgruppe	>10	Personer, der drikker flere end 10 genstande om ugen

På trods af, at det vurderes, at intet alkoholforbrug er risikofrit (19-21), indgår personer, der svarer, at de ikke har drukket alkohol i løbet af de sidste 12 måneder, ikke i analyserne. Begrundelsen for dette er, at det ikke muligt at skelne imellem personer, der aldrig drikker eller aldrig har drukket, og personer, der tidligere har været alkoholafhængige på baggrund af de selvrapporterede oplysninger. Personer, der ikke har drukket alkohol i løbet af de sidste 12 måneder, formodes derfor at være en relativt heterogen gruppe med forskellige risici af betydning for byrdemålene. Idet der ikke kan skelnes mellem årsagerne til ikke at drikke alkohol, er personer, som ikke har drukket alkohol inden for de sidste 12 måneder, derfor ekskluderet fra opgørelserne. Det er således muligt, at byrden af et højt alkoholforbrug underestimeres.

Risikofaktoren alkohol er opgjort på samme måde som i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 for byrdemålene dødelighed (herunder ekstra antal dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår), indlæggelser og ambulante kontakter (5). Det skal her bemærkes, at disse opgørelser adskiller fra de øvrige byrdeopgørelser i rapporten ved, at der udelukkende foretages en direkte optælling af alkoholrelaterede tilfælde i Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret. For de øvrige byrdemål (og for de andre risikofaktorer) beregnes ekstra antal tilfælde, uanset årsag. Ekstra antal dødsfald, indlæggelser og ambulante kontakter relateret til alkohol kan derfor være underestimeret, da det formodes, at det er de mest alvorlige tilfælde, som identificeres via registre.

For byrdemålene lægekontakter, sygedage ved langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner er kategoriseringen af risikofaktoren alkohol ændret væsentligt i forhold til definitionen i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5). I rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016, blev alkoholforbrug kategoriseret på baggrund af de tidligere anbefalinger for et højrisikoforbrug på 21 og 14 genstande om ugen for henholdsvis mænd og kvinder. Ændringen til den i denne rapport anvendte kategorisering skyldes Sundhedsstyrelses opdaterede anbefalinger for alkoholforbrug per 7. marts 2022 (17, 18). Resultaterne i denne rapport omhandlende personer, der drikker flere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, kan derfor ikke sammenlignes med resultaterne i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5). Udviklingen i forekomsten af personer, der drikker mere end de anbefalede 10 genstande om ugen, skal desuden ses i lyset af Sundhedsstyrelsen ændrede udmelding. Opgørelserne i denne rapport er udført på baggrund af de nye udmeldinger, også bagud i tid, selvom andre anbefalinger var gældende, da data blev indsamlet. Ifølge de nuværende udmeldinger bør man således drikke mindre alkohol, end hvad der blev anbefalet tidligere.

4.1.4 Stillesiddende fritidsaktivitet

Fysisk aktivitet omfatter alle former for bevægelse, der øger energiomsætningen (22). Fysisk inaktivitet defineres i denne rapport som stillesiddende fritidsaktivitet på baggrund af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3). Svarpersonerne er blevet spurgt om deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden ved spørgsmålsformuleringen: 'Hvis du ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?' med svarkategorierne: 'Træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer per uge', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer per uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' og 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'. Gruppen med overvejende stillesiddende fritidsaktivitet kategoriseres i denne rapport som personer med stillesiddende fritidsaktivitet. Personer, der dyrker let, moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, kategoriseres som personer med aktiv fritidsaktivitet og placeres i referencegruppen. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren stillesiddende fritidsaktivitet ses i boks 4.1.4.

Boks 4.1.4 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren stillesiddende fritidsaktivitet.

Grupper	Svarkategorier	Benævnelse
Referencegruppe	'Træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer per uge', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer per uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)'	Personer med aktiv fritidsaktivitet
Eksponeringsgruppe	'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'	Personer med stillesiddende fritidsaktivitet

Formålet med opgørelserne af stillesiddende fritidsaktivitet er at estimere, hvor meget stillesiddende fritidsaktivitet betyder for dem, der er i stand til at være fysisk aktive. Det er derfor vigtigt at ekskludere personer, der ikke er mobile for dermed at undgå, at disse kategoriseres som havende stillesiddende fritidsaktivitet. En eventuel inklusion af personer, der ikke er mobile, ville have givet anledning til en overestimering af risikoen ved at have stillesiddende fritidsaktivitet. Blandt personer, som ikke er mobile, kan stillesiddende fritidsaktivitet for eksempel skyldes sygdom eller generelt nedsat funktionsniveau, og inklusion af disse kan muligvis resultere i omvendt kausalitet. Eksklusionen af ikke-mobile personer er foretaget på baggrund af besvarelser fra personer, som angiver, at de på grund af deres helbred er meget begrænsede i at udføre lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle. Spørgsmålsformuleringen lyder således: 'Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald hvor meget? Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle' med følgende svarkategorier: 'Ja, meget begrænset', 'Ja, lidt begrænset' og 'Nej, slet ikke begrænset'. Personer, der har svaret ´Ja, meget begrænset´, er således ekskluderet fra analyserne.

Spørgsmålet om fysisk aktivitetsniveau i fritiden indgik ikke som et obligatorisk spørgsmål i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 på tværs af regionerne og i den supplerende, nationale stikprøve (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, SUSY). Spørgsmålet blev dog medtaget som regionsspecifikt spørgsmål i Region Nordjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden samt SUSY. Forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet er derfor opgjort på baggrund af data fra de nævnte fire regioner samt SUSY og vægtet mod den nationale befolkningssammensætning i 2017.

I opgørelserne af stillesiddende fritidsaktivitet har det ikke været muligt at tage højde for variationen i anbefalingerne for henholdsvis personer under 18 år, personer i aldersgruppen 18-64 år og personer på 65 år eller derover. Det vurderes imidlertid som mindre vigtigt, idet der i besvarelserne er tale om en generel beskrivelse af det fysiske aktivitetsniveau i fritiden og altså ikke om en kvantitativ vurdering af det fysiske aktivitetsniveau, det vil sige antal timer og minutter brugt på fysisk aktivitet.

Definitionen af stillesiddende fritidsaktivitet er den samme som i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5), men i 2016 blev stillesiddende fritidsaktivitet benævnt ´fysisk inaktivitet´. Skift af benævnelsen i denne rapport skyldes en vurdering af, at indikatoren siger noget om fysisk aktivitet specifikt i fritiden og derfor ikke nødvendigvis om det fysiske aktivitetsniveau generelt set og på tværs af domæner, for eksempel i arbejdstiden.

4.1.5 Usundt kostmønster

Som udgangspunkt er det vanskeligt at vurdere, om en fødevare eller kostkomponent i sig selv er sund eller usund. Alle fødevarer, som spises, kan som udgangspunkt anses som sunde i forhold til, at de indeholder næringsstoffer. Derfor fokuseres der i denne rapport ikke på indtaget af enkelte fødevarer eller kostkomponenter, men på et overordnet kostmønster. En opgørelse af en persons kostmønster kan således i højere grad belyse kostens generelle ernæringsmæssige kvalitet og sundhed, da det er kombinationen, frekvensen og sammensætningen af alle kostens fødevarer, som samlet set påvirker en persons ernæringsmæssige sundhedstilstand. For eksempel om mængden af indtag svarer til de mængder, som Fødevarestyrelsen ud fra en sundhedsmæssig betragtning vurderer, at vi skal have mere af (frugt, grønt og fisk), eller mindre af (fedt, især det mættede).

Usundt kostmønster defineres i denne rapport på baggrund af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3), hvor svarpersonerne blevet spurgt om, hvor ofte de typisk spiser henholdsvis fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, pålæg samt forskellige former for varm mad. Forskere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden har på denne baggrund udviklet et pointsystem ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjertekarsygdomme (23). På baggrund af deltagernes selvrapporterede indtag af frugt, grønt, fisk og fedt har de fået tildelt en score fra 1-9 alt efter, hvor sundt et kostmønster de har. Kostmønsteret kan ses som et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige kvalitet, altså hvor sund kosten vurderes at være, og svarpersonerne placeres således i én af følgende tre kostmønstergrupper:

- **Sundt kostmønster (7-9 point):** Generelt et kostmønster med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk, som Fødevarestyrelsens officielle kostråd anbefaler mere af samt en lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt - som kostrådene anbefaler at spise mindre af.

- **Mellemsundt kostmønster (4-6 point):** Generelt et kostmønster med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk, som kostrådene anbefaler mere af samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt - som kostrådene anbefaler at spise mindre af.

- **Usundt kostmønster (1-3 point):** Generelt et kostmønster med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk, som kostrådene anbefaler mere af samt en højt indtag af fedt – især mættet fedt - som kostrådene anbefaler at spise mindre af. I et sundhedsperspektiv, er der behov for forbedringer af kostvaner.

Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren usundt kostmønster ses i boks 4.1.5.

Boks 4.1.5 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren usundt kostmønster.

Grupper	Score for kostmønster	Benævnelse
Referencegruppe	Sundt kostmønster (7-9 point) Mellemsundt kostmønster (4-6 point)	Personer med sundt eller mellemsundt kostmønster
Eksponeringsgruppe	Usundt kostmønster (1-3 point)	Personer med usundt kostmønster

Fødevarestyrelsens officielle kostråd udvikler sig løbende med nye viden og evidens, som fremkommer. Kostscoren, som er udviklet af Toft el al. (23), er baseret på Fødevarestyrelsens otte officielle kostråd fra 2005. Fødevarerne, som indgår i beregningen af kostscoren af Toft el al (23), har dog været konstante igennem de sidste opdateringer af de officielle kostråd, som er blevet publiceret i henholdsvis 2013 og 2021. De sundhedsmæssige betragtninger bag kostrådene fra 2013 bygger på den samlede videnskabelige evidens samt inddragelse af de kulturelle spisemønstre i Danmark (24). Denne sundhedssundhedsmæssige evidens er bibeholdt i kostrådene fra 2021 med tilføjelse af yderligere klimamæssige aspekter.

I rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5) blev usundt kostmønster ikke opgjort. I stedet blev opgørelsen af byrden af enkelte kostkomponenter (lavt indtag af frugt og grøntsager) inkluderet. Denne ændring er foretaget, da et samlet mål for kostens sundhed og kvalitet anses for at være et bedre mål end enkelte kostkomponenter (23). Derudover er opgørelsesmetoden forskellig, da opgørelser af ekstra antal dødsfald i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 blev foretaget på baggrund af relative risici fra internationale metaanalyser (25). I denne rapport er der derimod anvendt en direkte opgørelse på individniveau for alle byrdemål for på denne måde at ensrette opgørelsesmetoden på tværs af risikofaktorer. Endvidere muliggøres opgørelser af byrden af usundt kostmønster for alle byrdemål i rapporten. Den direkte opgørelsesmetode på individniveau har yderligere den fordel, at den i højere grad end risikoestimater fra internationale metaanalyser afspejler den reelle risiko i den danske befolkning (26). Resultaterne for usundt kostmønster kan derfor ikke sammenlignes med resultaterne for lavt indtag af frugt og grøntsager fra den tidligere rapport (5).

4.1.6 Søvnbesvær

Søvnbesvær er i denne rapport defineret på baggrund af selvrapportere oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3). Dette er gjort ud fra spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af [søvnbesvær, søvnproblemer]? Var du meget eller lidt generet af det?' med svarkategorierne: 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' og 'Nej'. I denne rapport kategoriseres personer, der svarer 'Ja, meget generet' som eksponeringsgruppen og benævnes som personer med søvnbesvær. De to øvrige grupper af svarkategorier ('Ja, lidt generet' og 'Nej') indgår i referencegruppen og benævnes som personer uden søvnbesvær.

Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren søvnbesvær ses i boks 4.1.6.

Da information om søvnbesvær kun dækker en periode på de seneste 14 dage, kan misklassifikation opstå, idet sådanne eventuelle gener ved søvnbesvær kan afspejle en forbigående tilstand med ringe betydning for byrdemålene. Resultaterne for søvnbesvær skal derfor fortolkes med forsigtighed.

Søvnbesvær er defineret på samme måde som i rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5).

Boks 4.1.6 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren søvnbesvær.

Grupper	Svarkategorier	Benævnelse
Referencegruppe	Nej Ja, lidt generet	Personer uden søvnbesvær
Eksponeringsgruppe	Ja, meget generet	Personer med søvnbesvær

4.1.7 Ofte uønsket alene

At være ofte uønsket alene er i denne rapport defineret på baggrund af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3). Her er svarpersonerne blevet stillet spørgsmålet: 'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?' med svarkategorierne: 'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent' og 'Nej'. Personer, som svarer 'Ja, ofte', kategoriseres i denne rapport som eksponeringsgruppen og benævnes som personer, der ofte er uønsket alene. Personer, der svarer 'Nej', 'Ja, men sjældent' eller 'Ja, en gang imellem' indgår i referencegruppen og benævnes som personer, der ikke ofte er uønsket alene. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren ofte uønsket alene ses i boks 4.1.7.

Boks 4.1.7 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren ofte uønsket alene.

Grupper	Svarkategorier	Benævnelse
Referencegruppe	Nej Ja, men sjældent Ja, en gang imellem	Personer, der ikke ofte er uønsket alene
Eksponeringsgruppe	Ja, ofte	Personer, der ofte er uønsket alene

Definitionen og kategoriseringen af ofte at være uønsket alene er den samme som i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5), men bliver i den tidligere rapport kaldt ensomhed. Siden 2016 er der imidlertid udviklet et indeks til belysning af tegn på ensomhed. At være uønsket alene og at have tegn på ensomhed belyser begge funktionelle dimensioner af sociale relationer, men for at undgå eventuelle misforståelser og nemt at kunne skelne mellem de to indikatorer, er navnet i denne rapport blevet ændret til 'ofte uønsket alene'.

4.1.8 Lav score på den mentale helbredsskala

Mentalt helbred defineres i denne rapport på baggrund af selvrapporterede oplysninger med besvarelser af SF-12 spørgsmålsbatteriet (27), som indgår i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3). SF-12, der består af i alt 12 spørgsmål og er en kortere udgave af sin forgænger, SF-36 (short form – 36 spørgsmål) (28, 29), belyser en persons helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Der beregnes en samlet score for to generelle helbredskomponenter – en fysisk helbredskomponent og en mental. I denne rapport anvendes alene den mentale helbredskomponent. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen af scoren for såvel den fysiske som for den mentale helbredskomponent, dog er vægtningen af de enkelte spørgsmål forskellig (30). For begge helbredskomponenter gælder det, at jo højere score, jo bedre helbred. Baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 (1) er der defineret en standardafgrænsning af personer med en lav score på den mentale helbredsskala, som er afgrænset ved de 10 % med den laveste score, svarende til en score på 35,76 eller derunder (31). De i 2010 definerede cut-points er anvendt i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 og frem (1-3) samt i nærværende rapport, hvor personer, der opnår en score på mere end 35,76 på den mentale helbredsskala indgår som referencegruppe. Personer med en score på 35,76 eller derunder indgår som eksponeringsgruppe. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren lav score på den mentale helbredsskala ses i boks 4.1.8.

Definitionen og kategoriseringen af en lav score på den mentale helbredsskala er den samme som i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5). Dog blev denne indikator omtalt som 'Dårligt mentalt helbred' i den tidligere rapport.

Boks 4.1.8 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren lav score på den mentale helbredskala.

Grupper	SF-12 score	Benævnelse
Referencegruppe	>35,76	Personer uden en lav score på den mentale helbredsskala
Eksponeringsgruppe	≤35,76	Personer med en lav score på den mentale helbredsskala

4.1.9 Luftforurening

Luftforurening kan opgøres ud fra forskelle mål, såsom partikelforurening ($PM_{2,5}$ og PM_{10}), kvælstofdioxid (NO_2), ozon (O_3) og svovldioxid (SO_2), der hver især måler forskellige elementer af luftforurening. Opgørelsen af byrden af luftforurening er i denne rapport baseret på de fine partikler, det vil sige partikler med en diameter under 2,5 µm ($PM_{2,5}$). $PM_{2,5}$ er valgt både på grund af omfanget af helbredskonsekvenserne, men også i forhold til den relative fordeling af disse mellem by og land (32). Nationale og internationale studier har vist, at massen af fine partikler i luften er én af de vigtigste indikatorer for helbredseffekter af luftforurening. Tidligere studier har estimeret denne masse til at udgøre op til 90 % af den samlede byrde af luftforurening i Danmark, i forhold til tidlig dødsfald i Danmark (32).

I denne rapport anvendes information fra The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (http://www.escapeproject.eu/) og Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project: http://www.elapseproject.eu/) til at klassificere luftforurening blandt deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3). Modelberegningen af luftforurening er taget som et øjebliksbillede i 2010 og er derefter koblet til deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 på baggrund af deres bopælsadresser via cpr-numre. Data for $PM_{2,5}$ i 2013 og 2017 er ikke tilgængelige for denne rapport. Modelberegningen er foretaget med en geografisk opløsning på 100 m * 100 m. I denne rapport anvendes et cut-point ved 25. percentilen ved værdien 11,153 µg/m3, til at definere referencegruppen og ved 75. percentilen, svarende til værdien 13,240 µg/m3, til at definere henholdsvis en eksponeret midtergruppe og højeksponeret gruppe. Kategoriseringen og benævnelsen for risikofaktoren luftforurening ses i boks 4.1.9.

Boks 4.1.9 Kategorisering og benævnelse for risikofaktoren luftforurening.

Grupper	Værdier for $PM_{2,5}$	Benævnelse
Referencegruppe	< 11,153 µg/m³ (25. percentil)	Personer udsat for lavere niveau af luftforurening
Eksponeringsgruppe 1	11.153 – 13,240 µg/m³ (25.-75. percentil)	Personer udsat for moderat niveau af luftforurening
Eksponeringsgruppe 2	>13,240 µg/m³ (75. percentil)	Personer udsat for højt niveau af luftforurening

I Danmark overholdes grænseværdierne for de luftforureningskomponenter, som indgår i EU's luftkvalitetsdirektiver for $PM_{2,5}$ på 25 µg/m³ (32). Dog lever ingen personer i Danmark hverken uden luftforurening eller udsættes for mindre luftforurening end WHO's Air Quality Guidelines på 5 µg/m³ for $PM_{2,5}$ (33). Modelberegningerne for personer, der deltog i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 (1-3) ligger mellem 5,7 og 20,2 µg/m³. Derfor er referencegruppen for luftforurening ikke en såkaldt 'sund' referencegruppe som ved andre risikofaktorer, men i stedet en gruppe med lavere eksponering for luftforurening end eksponeringsgrupperne.

Ved sundhedskonsekvensvurdering for luftforurening bruger man traditionelt ikke kategorier som i nærværende rapport, men en matematisk funktion baseret på mange sammenstillede internationale befolkningsundersøgelser, der knytter risikoen for død eller andet sundhedsudfald til hele kontinuet af koncentrationer af for eksempel $PM_{2.5}$, og hvor referencen er ingen forurening overhovedet eller eventuelt niveauet uden menneskeskabt forurening. Resultaterne skal derfor fortolkes med disse forbehold.

På trods af en væsentlig forbedring af vidensgrundlaget for de helbredsmæssige konsekvenser af luftforurening, er der fortsat usikkerheder forbundet med en vurdering af omfanget af denne viden og kilderne hertil. Denne rapport inkluderer kun det totale $PM_{2,5}$ og for eksempel ikke andre komponenter som kvælstofdioxid, hvilket også har betydelige helbredskonsekvenser (32). Dertil er information om, hvor længe personer har boet på deres bopælsadresse og om personer opholder sig andre steder i betydelige perioder, ikke tilgængelige. Endelig er data for $PM_{2,5}$ kun tilgængelige for 2010,

hvorfor disse data også anvendes for 2013 og 2017. Det vil sige, at målingerne fra 2010 overføres til 2013 og 2017, hvilket kan resultere i misklassifikation. På grund af de ovennævnte usikkerheder i data og opgørelsesmetode, opgøres byrden af luftforurening kun for dødelighed, og resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

Byrden af luftforurening blev ikke opgjort i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (5), og udviklingen over tid kan derfor ikke følges for denne risikofaktor.

4.2 Opgørelsesmetode

Dette kapitel beskriver rapportens metodemæssige tilgang til opgørelserne af de forskellige byrdemål. Det overordnede formål med analyserne er at estimere den ekstra byrde, der kan tilskrives en given risikofaktor. For eksempel estimeres det, hvor mange ekstra indlæggelser der er blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med aktiv fritidsaktivitet, og hvor store meromkostninger der er for sygehusvæsenet blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med aktiv fritidsaktivitet. Byrdemålene er beregnet ved brug af i alt tre metoder: 1) estimering på baggrund den ætiologiske fraktion, 2) estimering ved lineær regression og 3) diagnosespecifik optælling i registre. Diagnosespecifik optælling anvendes alene til opgørelser for dødsfald, indlæggelser og ambulante kontakter for risikofaktoren alkohol.

Den ætiologiske fraktion

Den ætiologiske fraktion udtrykker, hvor stor en andel af byrden i en population, der kan undgås, hvis eksponering for risikofaktoren fjernes (34). I beregningen af den ætiologiske fraktion indgår den relative risiko som et centralt mål, der angiver risikoforholdet for en given hændelse mellem to grupper (en eksponeret gruppe og en ikke-eksponeret referencegruppe). Endeligt indgår prævalensen (forekomsten) i den eksponerede gruppe i beregningen af den ætiologiske fraktion, der er defineret som:

$$\textit{Ætiologisk fraktion} = \frac{(P * (RR - 1)}{(1 + P * (RR - 1))}$$

P: Prævalensen (forekomsten) i den eksponerede gruppe
RR: Den relative risiko for den eksponerede gruppe i forhold til referencegruppen

I denne rapport anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 til at opgøre prævalenserne. Alle prævalenser opgøres køns- og aldersspecifikt. År 2017 er valgt som opgørelsesår fordi prævalensdata er tilgængelig fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og en totalopgørelse for samtlige anvendte registre også er tilgængelig i år 2017. Totalopgørelse for anvendte registre var ikke tilgængelige for år 2021.

Til beregning af den relative risiko for et givent byrdemål anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013, der kobles til relevante registre. Det vil sige, at eksponeringen for en given risikofaktor opgøres for personer, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 eller 2013. På baggrund af de selvrapporterede oplysninger dannes en eksponeret gruppe og en referencegruppe. De relative risici estimeres i en kønsspecifik model, hvor alder indgår som en kontinuert variabel og som vekselvirkning med den betragtede risikofaktor. Den aldersspecifikke relative risiko estimeres for den gennemsnitlige alder (i 2017) for hvert aldersinterval, henholdsvis 16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover.

Der anvendes forskellige statistiske modeller til estimering af den relative risiko, afhængigt af byrdemålet. Disse vil blive beskrevet nærmere i afsnit 4.2.1, der beskriver rapportens byrdemål.

Den ekstra byrde, der kan relateres til en given risikofaktor, opgøres som det samlede ekstra antal tilfælde i befolkningen, der vil kunne undgås, hvis risikofaktoren helt blev elimineret. Den ekstra byrde beregnes som produktet af den ætiologiske fraktion og det samlede antal tilfælde i befolkningen i 2017. Det samlede antal tilfælde i befolkningen kan for eksempel være det samlede antal indlæggelser, lægekontakter eller førtidspensioner i den danske befolkning i 2017. I disse opgørelser anvendes data fra de nationale registre, som er beskrevet i bilag 1. Opgørelserne af det samlede antal tilfælde i befolkningen beregnes med udgangspunkt i det samlede antal borgere i Danmark, som per 1. januar 2017 var 16 år eller derover.

Lineær regression

Ved lineær regression estimeres et merforbrug af et givent byrdemål i form af en difference (forskel) mellem den eksponerede gruppe og referencegruppen. Den samlede byrde i den eksponerede gruppe beregnes som produktet mellem det

estimerede merforbrug og det samlede antal eksponerede personer i befolkningen udregnet som produktet af prævalensen i 2017 i den eksponerede gruppe og befolkningstallet.

Differencer (merforbrug) estimeres i en kønsspecifik model, hvor alder indgår som kontinuert variabel og som vekselvirkning med den betragtede risikofaktor. Den aldersspecifikke difference estimeres for den gennemsnitlige alder (i 2017) i aldersintervallet.

I alle analyser justeres for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.

I boks 4.2 ses definitionerne af eksponerede grupper og referencegrupper for de udvalgte risikofaktorer, som er opgjort på baggrund af den ætiologiske fraktion eller ved lineær regression. For svær overvægt, alkohol og stillesiddende fritidsaktivitet ekskluderes en specifik gruppe fra beregningerne af den ekstra byrde.

Boks 4.2 Eksponerede grupper, referencegrupper og grupper, som er ekskluderet i analyserne for hver risikofaktor.

Risikofaktor	Eksponerede grupper	Referencegrupper	Ekskluderet
Svær overvægt	Personer med BMI≥30,0-34,9 Personer med BMI≥35,0	Personer med BMI 20,0-29,9	Personer med BMI<20,0
Rygning	Personer, der tidligere har røget Personer, der dagligt ryger <15 cigaretter Personer, der dagligt ryger ≥15 cigaretter	Personer, der aldrig har røget	
Alkohol	Personer, der drikker >10 genstande per uge	Personer, der drikker ≤10 genstande per uge	Personer, der ikke har drukket de seneste 12 måneder (nuldrikkere)
Stillesiddende fritidsaktivitet	Personer med stillesiddende fritidsaktivitet	Personer med aktiv fritidsaktivitet, herunder let, moderat eller hård fysisk fritidsaktivitet	Personer, som ikke er mobile
Usundt kostmønster	Personer med usundt kostmønster (score 1-3)	Personer med mellemsundt kostmønster (score 4-6) Personer med sund kostmønster (score 7-9)	
Søvnbesvær	Personer med søvnproblemer	Personer uden søvnproblemer	
Ofte uønsket alene	Personer, der ofte er uønsket alene	Personer, der en gang imellem, sjældent eller aldrig er uønsket alene.	
Personer med lav score på den mentale helbredskala	Personer med lav score på den mentale helbredsskala (SF-12 score≤35,76)	Personer uden lav score på den mentale helbredsskala (SF-12 score>35,76)	
Luftforurening	Personer, der er udsat for moderat niveau af luftforurening ($PM_{2.5}$≥ 11,153 og ≤ 13,240 µg/m^3) Personer, der er udsat for højt niveau af luftforurening ($PM_{2.5}$>13,240 µg/m^3)	Personer, der er eksponeret for lavere niveau af luftforurening ($PM_{2.5}$<11,153)	

Justering

Alle rapportens resultater er opdelt på køn og aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover. I alle analyser, hvor der estimeres en relativ risiko, justeres der for følgende confounderne: undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet i fritiden (omtales fysisk aktivitet i noter om justering) og kostmønster. Når der justeres for confoundere, elimineres den byrde, der kan "forklares" af disse confoundere. Der justeres i samtlige statistiske modeller for de samme confoundere for at sikre sammenlignelighed af den beregnede byrde på tværs af risikofaktorer og byrdemål. I de tilfælde, hvor justeringsvariablen også er eksponeringen, for eksempel ved rygning som risikofaktor, indgår denne variabel dog ikke i justeringen.

Alle opgørelser og analyser er vægtet for non-response, hvor der korrigeres for forskelle i sociodemografiske karakteristika, såsom køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg, indlæggelse på sygehus samt ejer/lejer-forhold mellem henholdsvis personer, som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil, og personer, der ikke har deltaget (3, 35, 36).

4.2.1 Byrdemål

I dette afsnit beskrives de konkrete opgørelsesmetoder til hvert af rapportens byrdemål.

Dødsfald

Til opgørelse af dødelighed anvendes data fra Dødsårsagsregisteret (15) og Det Centrale Personregister (37). For alle risikofaktorer, med undtagelse af alkohol, beregnes dødelighedsmålene ud fra den ætiologiske fraktion. De relative risici estimeres på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 via registerkobling til CPR-registeret. Herfra identificeres antallet af dødsfald i perioden frem til den 31. december 2020. Den relative risiko estimeres ud fra en Cox-model med varighed siden deltagelse som underliggende tid. Risikotiden i analysen er sat til at starte to år efter måling af risikofaktoren. Det vil sige, at analyserne er betinget til personer, som overlever de første to år efter målingerne. Dette er gjort for at undgå at inkludere alvorligt syge personer fra baseline. Disse personer kan have ændret eksponeringskategori for flere af risikofaktorerne som følge af alvorlig sygdom (stoppet med at ryge, tabt sig, ændret fysisk aktivitetsniveau, opnået lavere score på den mentale helbredsskala m.m.). Derudover er de to år valgt for at give risikofaktoren en vis 'inkubationstid' (jf. afsnit 4.3.2 om metodiske overvejelser).

For risikofaktoren alkohol opgøres dødeligheden ud fra en direkte optælling af antal dødsfald med relevante tilgrundliggende eller medvirkende diagnoser i Dødsårsagsregisteret (se afsnit 4.1.3 for en detaljeret beskrivelse). Det årlige antal dødsfald relateret til alkohol er beregnet som et gennemsnit for årene 2016, 2017 og 2018.

Tab i middellevetid og tabte leveår

Til opgørelser af middellevetid benyttes to typer af beregninger:

- Middellevetidsforskellen mellem den eksponerede gruppe og referencegruppen (type 1).
- Middellevetid, hvis eksponeringen af risikofaktoren fjernes i befolkningen (det vil sige, hvor meget middellevetiden øges i Danmark, hvis risikofaktoren forsvandt) (type 2)

Til beregning af middellevetid mellem den eksponerede gruppe og referencegruppen (type 1) konstrueres dødelighedstavler for hver af disse to grupper. For en given køns- og aldersspecifik gruppe er P_0 prævalensen for den ikke-eksponerede referencegruppe, P_i er prævalensen for de eksponerede, og RR_i er den relative risiko for den eksponerede gruppe ved eksponeringsniveau, i. Dødsraten, D, udtrykkes herved som:

$$\text{Dødsraten, } D = D_0 * \sum P_i * RR_i$$

$RR_0 = 1$ for den ikke-eksponerede referencegruppe.

Heraf kan D_0, som er dødsraten blandt den ikke-eksponerede referencegruppe, beregnes, og dødsrater for hvert eksponeringsniveau udregnes som $D_0 * RR_i$. D identificeres ud fra dødelighedstavler fra Danmarks Statistik for 2017. Både beregningstype 1 og type 2 for middellevetid er udregnet ved brug af standard aktuariske metoder.

Til beregning af middellevetid i befolkningen, hvis eksponeringen af risikofaktoren fjernes (type 2), tages der udgangspunkt i det samlede antal dødsfald i Danmark i 2017 i en given køns- og aldersgruppe. Den ætiologiske fraktion multipliceres med dette antal, hvorved antal dødsfald relateret til eksponeringsniveauet findes, og dette tal fratrækkes antal døde. Herved konstrueres en ny dødelighedstavle.

Tab i middellevetid udregnes for beregningstype 2 som forskellen mellem restlevetiden fra alder 16 år i hele den danske befolkning og i befolkningen efter, at eksponeringen er fjernet. For beregningstype 1 udregnes tabet som forskellen mellem restlevetiden fra alder 16 år mellem den eksponerede gruppe og referencegruppen.

Tab i middellevetid for alkohol beregnes som forskellen i restlevetiden fra alder 16 år i hele den danske befolkning og restlevetiden i befolkningen, efter at eksponering for risikofaktoren er fjernet.

Indlæggelser og ambulante kontakter
Kontakter til sygehus opgøres som indlæggelser og ambulante kontakter på både somatiske og psykiatriske afdelinger. For ambulante kontakter indgår både planlagte og akutte ambulante kontakter. Disse opgøres på baggrund af data fra Landspatientregisteret, hvor også indlæggelser på privathospitaler indgår. For alle risikofaktorer, med undtagelse af alkohol og luftforurening, er den ætiologiske fraktion anvendt til at estimere ekstra antal indlæggelser og ambulante kontakter i den eksponerede gruppe i forhold til referencegruppen. Den relative risiko estimeres ud fra data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 koblet til Landspatientregisteret (16). Alle deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil følges i perioden 2010/2013 til 2018 i Landspatientregisteret, hvorfra antallet af kontakter til sygehusvæsenet tælles op. Det samlede antal kontakter analyseres ved hjælp af en Poisson regressionsmodel med korrelerede observationer, hvorfra der beregnes en incidens rate ratio (relativ risiko) for hver kategori af risikofaktoren.

For risikofaktoren alkohol opgøres indlæggelser og ambulante besøg ud fra en direkte optælling af antal indlæggelser og ambulante kontakter med relevante aktions eller bidiagnose diagnoser i Landspatientregisteret (se afsnit 4.1.3 for en detaljeret beskrivelse). Det årlige antal indlæggelser og ambulante kontakter er beregnet som et gennemsnit for årene 2016, 2017 og 2018.

Kontakter til alment praktiserende læge
Til beregning af kontakter til alment praktiserende læge anvendes data fra Sygesikringsregisteret (38). Der medtages alle former for kontakter, inklusive telefon- og emailkontakter. For alle risikofaktorer anvendes den ætiologisk fraktion til at opgøre ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge. Den relative risiko estimeres ud fra data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 og Sygesikringsregisteret. Alle deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil følges i perioden 2010/2013 til 2020 i Sygesikringsregisteret, hvorfra antallet af kontakter til alment praktiserende læger per person optælles. Det samlede antal kontakter analyseres ved hjælp af en Poisson regressionsmodel med korrelerede observationer, hvorfra der beregnes en incidens rate ratio (relativ risiko) for hver kategori af risikofaktoren.

Sygedage ved langvarigt sygefravær
Til opgørelsen af årlige sygedage ved langvarigt sygefravær anvendes data fra forløbsdatabasen DREAM-registeret (39, 40). I DREAM-registeret registreres personer med 30 eller flere dages sygdom. Fra registeret findes de uger, hvori personerne har modtaget sygedagpenge. Én ugeregnes for syv sygedage. Personer med 30 eller flere syge dage indgår i opgørelsen med det fulde antal sygedage. For hvert af årene i perioden indgår kun erhvervsaktive personer i alder 18-64 år. Erhvervsaktivitet defineres på baggrund af data Indkomstregisteret. For hver erhvervsaktiv person i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 eller 2013 findes det samlede antal sygedage i perioden 2010/2013 til 2020. Det samlede antal sygedage divideres med den samlede tid, personen har levet i den relevante opfølgningsperiode (maksimalt 11 år), og dette anvendes herefter som afhængig variabel i en lineær regression.

Sygemeldinger med varighed kortere end 30 dage inkluderes ikke i DREAM, og spørgsmål om kortvarigt sygefravær indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 (4). Derfor medtages kortvarigt sygefravær ikke i opgørelserne af sygefravær blandt erhvervsaktive personer. Sygefravær i forbindelse med mindre alvorlige og typisk ikke-kroniske sygdomme (eksempelvis lettere rygsmerter) antages dermed at være underestimeret i rapportens opgørelser.

Nytilkendte førtidspensioner
Opgørelserne af nytilkendte førtidspensioner foretages på baggrund af data fra DREAM-registeret (39, 40). Det ekstra antal førtidspensioner blandt den eksponerede gruppe i forhold til reference-

gruppen beregnes ud fra den ætiologiske fraktion. Den relative risiko estimeres ud fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 samt DREAM-registeret. Alle deltagere i alderen 18-64 år i Den Nationale Sundhedsprofil følges i perioden 2010/2013 til 2020, hvor personer, der enten går på efterløn, begynder at modtage folkepension, fylder 65 år eller dør inden alder 65 år, censureres på tidspunktet for denne hændelse. Personer, der på tidspunktet for deres deltagelse i Den Nationale Sundhedsprofil ifølge Indkomstregisteret modtager førtidspension eller efterløn, ekskluderes fra analyserne. Den relative risiko estimeres ud fra en Cox-model med varighed siden deltagelse som underliggende tid.

I 2013 blev reglerne for tilkendelse af førtidspension ændret ved indførelse af en reform af førtidspension og fleksjob. Dertil blev nytilkendte førtidspensioner opgjort ved brug af data fra Ankestyrelsens Førtidspensionsstatistik i rapporten ***Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*** fra 2016 (5). Resultaterne omhandlende nytilkendte førtidspensioner kan derfor ikke sammenlignes med resultaterne i ***Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*** fra 2016 (5).

Samfundsøkonomi

En opgørelse af omkostningerne ved sygdom kaldes en cost-of-illness (COI)-analyse. En COI-analyse har til formål at opgøre alle omkostninger, der kan forbindes med, at en person bliver syg. I COI-analyser opgøres der normalt tre typer af omkostninger: 1) direkte omkostninger, 2) indirekte omkostninger og 3) uhåndgribelige omkostninger. De direkte omkostninger indeholder typisk omkostninger til behandling og pleje, transportudgifter eller andre udgifter, der direkte kan kobles til den pågældende sygdom. Der måles kun omkostninger, hvor der ligger en egentlig produktion bag, og transfereringer, så som overførsler og moms, medregnes ikke. De indirekte omkostninger er omkostninger, der ofte ikke er direkte målbare, og som oftest opgøres som det tab i samfundsproduktionen, der finder sted på grund af sygdom og dertilhørende fravær fra arbejdsmarkedet. De uhåndgribelige omkostninger dækker over de menneskelige konsekvenser, såsom smerter eller bekymring for den syge eller deres pårørende (41). Disse omkostninger er svære at måle og gøres op i monetære enheder og er derfor udeladt fra denne analyse.

Samfundsøkonomiske omkostninger omfatter i denne rapport omkostninger i sundhedsvæsenet og omkostninger ved tabt produktion.

Omkostninger i sundhedsvæsenet

Beregningerne af de direkte omkostninger til sundhedssektoren er i denne rapport samlet i fire hovedgrupper, kaldet 'sektorer', bestående af sygehus (somatiske og psykiatriske indlæggelser samt somatiske og psykiatriske ambulante kontakter), praksis (kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæge og terapeuter), receptpligtig medicin samt kommunal hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne estimeres for alle risikofaktorer ved lineær regression. De eksponerede grupper defineres først på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013. De ekstra omkostninger beregnes derefter ved at opgøre hver persons samlede omkostning i sundhedssektoren i perioden 2010/2013 til 2018. Den samlede omkostning divideres med den samlede tid, personen har levet i perioden 2010/2013 til 2018 (maksimalt 9 år) og anvendes herefter som afhængig variabel i en lineær regression.

Ekstra omkostninger til sygehus, som er opgjort ud fra lineær regression, baserer sig på den eksponerede gruppes samlede omkostninger i Landspatientregisterets afregningsdata i perioden 2010 til 2018. I beregningerne indgår både somatiske og psykiatriske omkostninger til indlæggelser samt akutte og planlagte ambulante kontakter. Der benyttes til år 2017 indeksregulerede årlige DRG- og DAGS-takster. Disse er gennemsnitstakster, der ikke omfatter faste omkostninger til bygninger m.m. Ved brug af taksterne i beregningerne er de reelle omkostninger derfor undervurderet.

Til opgørelse af ekstra omkostninger i praksis anvendes data fra Sygesikringsregisteret (37). Her anvendes det til år 2017 indeksregulerede bruttohonorar. Bruttohonoraret, er det ydelsesspecifikke honorar, der dækkes af Den Offentlige Sygesikring. Opgørelserne indeholder omkostninger til kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæge og terapeuter. Således indgår en del af tertiærsektoren i disse opgørelser.

Opgørelser af ekstra omkostninger i form af udgifter til receptpligtig medicin baseres på den 2017 indeksreguleret ekspeditionspris på lægemidler fra Lægemiddelstatistikregisteret (42). Der fratrækkes moms i beregningerne. Da det udelukkende er lægemidler udleveret fra danske primærapoteker og indløst på recept, er det ikke muligt at medregne håndkøbsmedicin.

Til opgørelser af ekstra omkostninger ved forbrug af hjemmehjælp/praktisk hjælp benyttes data fra Ældredokumentationen (43), hvor tidsforbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp er registreret. Tidsforbruget vægtes med en gennemsnitspris fra Fritvalgsdatabasen gældende for år 2017, dels for leveret personlig pleje, dels for leveret praktisk hjælp (44). Der benyttes data fra Ældredokumentationen i perioden 2011 til 2020. Personer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, der døde i 2010, udgår derfor.

Produktionstab

Ved beregning af de indirekte omkostninger af produktionstab betragtes mennesket som en produktionsfaktor, og et fravær fra arbejdsmarkedet betragtes som et tab af potentiel produktion. I denne rapport benyttes human kapitaltilgangen, som er en metode, der betragter tabt produktion fra den dag, hvor fravær fra arbejdsmarkedet opstår og frem til pensionsalderen (65 år i denne rapport). Ved beregning af det risikofaktorspecifikke produktionstab opgøres dermed den produktion, en person ville have kunnet bidrage med, hvis personen ikke havde været eksponeret for den givne risikofaktor, som gør personen ikke-produktiv før alder 65 år.

I denne rapport opgøres både kortsigtet produktionstab i form af langvarigt sygefravær og et langsigtet produktionstab i form af en varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Det langsigtede produktionstab er opgjort for personer, der enten førtidspensioneres eller dør før pensionsalderen. Hele den fremtidige produktion afskrives det år, personen trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet.

Der er i denne rapport valgt at bruge tilkendelse af førtidspension som grundlaget for mål af produktionstab. Den 1. januar 2013 trådte en reform af førtidspensionsområdet i kraft. Reformens formål var blandt andet, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres (5). En konsekvens af reformen var også indførelse af ressourceforløb. For at sikre en entydig definition af varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet er der set bort fra andre foranstaltninger end førtidspension.

Det samlede produktionstab relateret til langvarigt sygefravær udregnes som produktet af de ekstra antal estimerede sygedage blandt den eksponerede gruppe og de tilhørende bruttolønninger for år 2017. Alle opgørelserne er beregnet separat for erhvervsaktive mænd og kvinder for aldersgrupperne 16-49 år og 50-64 år. Oplysninger om bruttolønningerne stammer fra Danmarks Statistik (Statistikbanken), tabel LON50.

Produktionstab relateret til førtidspension og tidlig død tager udgangspunkt i ekstra antal førtidspensioner og tidlige dødsfald, der kan tilskrives den betragtede risikofaktor. Som ovenfor beskrevet er disse ekstra tilfælde beregnet ud fra den ætiologiske fraktion. De ekstra tilfælde multipliceres med værdien af den potentielle produktion, som en person ville kunne bidrage med, hvis personen havde været tilknyttet arbejdsmarkedet. Det potentielle tab af fremtidig produktion vægtes med sandsynligheden for at være i beskæftigelse (beskæftigelsesfrekvensen), ligesom overlevelsessandsynligheden også benyttes i beregningen. Nutidsværdien af den fremtidige produktion tilbagediskonteres ved brug af en diskonteringsrate på 3,5 % som anbefalet af Finansministeriet. Alle beregninger er foretaget inden for køns- og aldersspecifikke grupper. Formlen for beregning af værdi af den potentielle produktion ses nedenfor.

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

a = alder
O_i = overlevelsessandsynlighed
B_i = beskæftigelsesfrekvens
I_i = indkomst
r = diskonteringsrate

4.2.2 Social ulighed

Til beregningerne af den ekstra byrde på tværs af uddannelsesgrupper benyttes en opdeling af befolkningen i tre grupper efter længst fuldførte uddannelse:

- Grundskole
- Erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse
- Videregående uddannelse

Oplysningerne om uddannelse stammer fra Uddannelsesregistret (45) og baserer sig på personer, der i året for deltagelse i Den Nationale Sundhedsprofil har en oplyst længst fuldførte uddannelse. I opgørelserne af social ulighed er der udelukkende inkluderet personer på 30 år eller derover for så vidt muligt kun at inkludere personer med et afsluttet uddannelsesforløb. Personer med uoplyst information om uddannelse indgår ikke som selvstændig gruppe i denne rapport på grund af for få observationer. I tabel 4.2.2 ses fordelingen af de tre uddannelsesgrupper, opdelt på køn og aldersgrupper. Forekomsten af uddannelsesgrupper (%) er vægtet for non-response i forhold til befolkningssammensætning i Danmark.

Generelt ses det, at forekomsten af personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er størst blandt de ældre aldersgrupper, og omvendt er forekomsten af personer med en videregående uddannelse størst blandt de yngste aldersgrupper. Således gælder det, at blandt mænd og kvinder i alderen 30-49 år er der henholdsvis 17 % og 13 % med grundskole som længst fuldførte uddannelse og henholdsvis 39 % og 49 % med en videregående uddannelse. Blandt personer i den ældste aldersgruppe (75 år eller derover) gælder det, at henholdsvis 41 % og 56 % blandt mænd og kvinder har grundskole som længst fuldførte uddannelse og henholdsvis 19 % og 15 % har en videregående uddannelse.

Tabel 4.2.2 Fordeling af længst fuldførte uddannelsesgrupper på køn og aldersgrupper blandt deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2017, 30 år eller derover. Antal og vægtet procent, n (%)..

	Mænd, n (%)			Kvinder, n (%)		
	Grundskole	Gymnasial/ erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelse	Grundskole	Gymnasial/ erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelse
I alt	14.717	33.510	21.878	18.674	32.180	30.016
30-49 år	3.012 (17)	9.855 (44)	8.334 (39)	2.639 (13)	10.453 (39)	13.611 (49)
50-64 år	4.785 (24)	12.139 (49)	6.883 (27)	5.738 (26)	11.512 (41)	9.864 (33)
65-74 år	3.808 (29)	7.769 (47)	4.593 (24)	5.196 (37)	7.015 (39)	4.741 (24)
75 år eller derover	3.112 (41)	3.747 (40)	2.068 (19)	5.101 (56)	3.200 (29)	1.800 (15)

Antallet af mænd og kvinder uden oplysning om længst fuldførte uddannelse er henholdsvis 2.029 og 2.023 i 2017.
Forekomsten af uddannelsesgrupper (%) er vægtet for non-respons i forhold til Danmarks befolkningssammensætning.

Den sociale ulighed opgøres ud fra tre forskellige metoder afhængigt af, om byrdemålet er opgjort ud fra den ætiologiske fraktion, lineær regression eller ved en diagnosespecifik optælling. Når den sociale ulighed opgøres ud fra den ætiologiske fraktion, udregnes prævalensen af en eksponeret gruppe for hver af de tre anvendte uddannelsesgrupper, mens den relative risiko antages at være ens i alle uddannelsesgrupper. Herefter udregnes der fem ætiologiske fraktioner. De første tre ætiologiske fraktioner beregnes for personer med henholdsvis grundskoleuddannelse, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Den fjerde ætiologiske fraktion beregnes for personer med grundskoleuddannelse, hvor prævalensen er den samme som for personer med en videregående uddannelse, og endeligt estimeres den femte ætiologiske fraktion for personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, hvor prævalensen er den samme som for personer med en videregående uddannelse.

De første tre ætiologiske fraktioner estimerer det antal tilfælde, der kunne have været undgået inden for hver uddannelsesgruppe, hvis eksponeringen for risikofaktoren blev fjernet. De to sidste ætiologiske fraktioner estimerer det antal tilfælde, der kunne have været undgået blandt personer med henholdsvis grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, hvis eksponeringen for risikofaktoren blev fjernet, og prævalensen samtidigt var den samme som blandt personer med en videregående uddannelse.

De fem ætiologiske fraktioner ganges ind i det uddannelsesspecifikke samlede antal tilfælde i befolkningen i 2017 (for eksempel antal døde og antal lægekontakter). For uddannelsesgrupperne grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse samt totalt udregnes den herefter den procentvise forskel i ekstra tilfælde baseret på gruppens prævalens og prævalensen, hvis alle havde haft en videregående uddannelse. Denne procentsats udtrykker, hvor stor en procentdel af de ekstra tilfælde der kan tilskrives forskellen i forekomsten mellem personer med en videregående uddannelse og personer med henholdsvis grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Dette tal kan i nogle tilfælde blive negativt. En negativ andel afspejler en højere forekomst af den pågældende risikofaktor blandt personer med en videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. For eksempel ses der negative andele for risikofaktoren alkohol og byrdemålet lægekontakter. Dette afspejler et større ekstra antal alkoholrelaterede lægekontakter blandt personer med en videregående uddannelse sammenlignet med personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Den negative andel kan tolkes som den andel af ekstra lægekontakter, der ville blive tilføjet, hvis hele befolkningen havde samme forekomst af personer, der drikker flere end 10 genstande på en typisk uge som gruppen af personer med en videregående uddannelse.

Når den sociale ulighed opgøres for et byrdemål, som er estimeret ud fra lineær regression, anvendes den samme tilgang som ved beregningerne af den sociale ulighed for et byrdemål, der er opgjort ud fra den ætiologiske fraktion. Forskellen er imidlertid, at i stedet for at estimere ætiologiske fraktioner, udregnes det samlede antal tilfælde i befolkningen ud fra forekomsterne, den ekstra byrde, der kan tilskrives en risikofaktor, og befolkningstallet i 2017.

Til opgørelse af den diagnosespecifikke, sociale ulighed laves optællinger inden for de tre uddannelsesgrupper ud fra relevante diagnoser. Herefter udregnes hyppigheden af det enkelte byrdemål for personer med en videregående uddannelse, og denne ganges med befolkningsstørrelsen i grupperne af henholdsvis personer med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Den sociale ulighed beregnes herefter ved at se på differencen mellem det faktiske antal i de tre uddannelsesgrupper og det antal, der ville have været, hvis personer med henholdsvis grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse havde haft den samme hyppighed af det givne byrdemål, som personer med en videregående uddannelse.

4.3 Metodiske overvejelser

4.3.1 Selvrapporteret information, deltagerprocent og vægtning

Langt den største del af rapportens resultater baserer sig på oplysninger om risikofaktorer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Disse data bidrager med et stærkt fundament for denne rapports analyser og giver information, der ikke findes i de nationale registre. Der medfølger imidlertid også en række metodemæssige udfordringer, når der benyttes data fra spørgeskemaundersøgelser som Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsprofilerne baserer sig på selvrapporterede oplysninger, hvilket kan give en vis usikkerhed i resultaterne. For flere risikofaktorer, som knytter sig til en persons sundhedsadfærd, såsom alkoholforbrug, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster, kan der være en tendens til, at svarpersonerne angiver en sundere adfærd, end de reelt set har. Dette kaldes 'social desirability bias', hvilket kan påvirke forekomsten af visse risikofaktorer. For risikofaktoren svær overvægt er det samtidig kendt, at personer ofte undervurderer deres egen vægt og overvurderer deres højde, hvilket samlet set underestimerer BMI. Der kan derfor forekomme en vis grad af misklassifikation af svær overvægt, hvorved forekomsten af svær overvægt vil blive underestimeret.

En anden udfordring ved at benytte data fra sundhedsprofilerne i analyserne er, at en del af de personer, der inviteres til at deltage, ikke deltager. Dermed afviger befolkningssammensætningen for personer, der svarer på spørgeskemaet, fra befolkningssammensætningen for hele befolkningen. Dette problem er søgt løst ved at benytte vægtning for non-response, der er udarbejdet af Danmarks Statistik og tager højde for forskelle i sociodemografiske karakteristika såsom køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg, indlæggelse på sygehus samt ejer/lejer-forhold (3, 35, 36).

4.3.2 Varighed og kategorisering af eksponering for risikofaktorer

Som udgangspunkt anses en risikofaktor for at have helbredsmæssige påvirkninger, hvis man udsættes for en eksponering af længere varighed. For flere af risikofaktorerne, blandt andet søvnbesvær og luftforurening, er der dog risiko for misklassificering på grund af opgørelsesmetoden. Søvnbesvær er opgjort ved spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af søvnbesvær, søvnproblemer?'. Eksponering for luftforurening er målt som et punktnedslag ved de inkluderede personers bopælsadresse i 2010. For flere risikofaktorer er der dermed en sandsynlighed for, at nogle personer har oplevet risikofaktorerne som en forbigående tilstand og ikke som en længerevarende risikofaktor.

Ydermere er der for flere risikofaktorer foretaget valg i forhold til afgrænsning af både eksponerings- og referencegrupper. Således er der for nogle risikofaktorer benyttet svarkategorier baseret på svarpersonernes selvrapporterede adfærd og oplevelser (rygning, alkoholforbrug, stillesiddende fritidsaktivitet, søvnbesvær, ofte uønsket alene), for andre er der benyttet cut-off-værdier baseret på tidligere undersøgelser (lav score på den mentale helbredsskala, usundt kostmønster), på percentiler (luftforurening) eller på internationalt definerede kategoriseringer (svær overvægt). Valget af referencegrupper er foretaget for så vidt muligt at repræsentere en gruppe, der har et optimalt og realistisk niveau af eksponeringen.

4.3.3 Byrdemål

For flere byrdemål, især aktiviteter i sundhedsvæsenet, er det vigtigt at bemærke, at den primære indgangsvej sker via alment praktiserende læge. Barrierer for eller manglende ressourcer til at opsøge denne med henblik på yderligere udredning og behandling i sundhedsvæsenet vil dermed have betydning får den registrerede aktivitet, som opgørelserne i denne rapport er baseret på.

Da det ikke har været muligt at opgøre alle samfundsøkonomiske omkostninger, for eksempel kortvarigt sygefravær og tabte gode leveår, kan der være yderligere omkostninger relateret til risikofaktoren, som ikke er belyst i denne rapport.

4.3.4 Registerdata

Alle byrdemål i rapporten er baseret på data indsamlet via nationale registre indenfor sundhedsområdet og det sociale område. Disse datakilder er beskrevet i Bilag 1. 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 af en læge, ikke indgår i registeret. Derfor kan nogle sygdomme være underrapporterede i registrene, og misklassifikation kan forekomme (46). I denne rapport anses dette dog ikke som havende stor betydning for resultaterne, da byrden opgøres samlet for alle sygdomme uanset diagnose og ikke for diagnosespecifikke sygdomme, med undtagelse af alkohol. Derudover vurderes den eventuelle misklassifikation, der måtte være, for at være non-differentiel, altså ens blandt eksponerede og ikke-eksponerede referencegruppe. Dette vil i yderste tilfælde resultere i en underestimering af byrden. For opgørelser af byrden af alkohol for indlæggelser og ambulante kontakter kan der være varierende niveau af misklassifikation med en formodning om højere underrapportering af alkoholrelateret ambulante kontakter i forhold til alkoholrelateret indlæggelser. Registrene på det sociale område er generelt set både dækkende og af høj kvalitet (45, 47, 48). Der er derfor lille sandsynlighed for misklassifikation.

4.3.5 Kausalitet og justering

Kausalitet betyder årsagssammenhæng, og i denne rapport undersøges sammenhængen mellem en række risikofaktorer og forskellige byrdemål. På baggrund af litteraturgennemgange antages det, at de pågældende risikofaktorer har en betydning for sygelighed og dødelighed - og dermed de valgte byrdemål. Grundet metodiske begrænsninger i opgørelserne kan der imidlertid ikke konkluderes direkte på kausaliteten mellem risikofaktorerne og byrdemålene. Det vil sige, at selvom der eksempelvis ses en større dødelighed, flere indlæggelser, flere lægebesøg og et højere antal sygedage blandt personer, der ryger dagligt, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, kan der således ikke med sikkerhed konkluderes, at der er en direkte årsagssammenhæng mellem rygning og de pågældende byrdemål. Der kan være andre faktorer, der påvirker de forskellige byrdemål, og som samtidig har betydning for rygestatus. Disse faktorer kaldes confoundere inden for epidemiologien og kan for eksempel være faktorer som køn, alder, socioøkonomi og sundhedsrelaterede adfærdsfaktorer så som kostmønster, fysisk aktivitetsniveau og alkoholforbrug. For at minimere effekten af potentielle confoundere er analyserne i denne rapport opdelt på køn og aldersgrupper, og samtidig er der justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Det vil sige, at der i analyserne er taget højde for forskelle i disse faktorer mellem grupperne. Dog kan der være andre faktorer, som der ikke er taget højde for i analyserne, men som kan have haft indflydelse på resultaterne (residual confounding). Der justeres i samtlige statistiske modeller for de samme confoundere for at sikre sammenlignelighed af den beregnede byrde på tværs af risikofaktorer og byrdemål. Desuden er der til estimering af den relative risiko brugt opfølgningsanalyser, hvor deltagerne følges i registre, så det temporale aspekt i data udnyttes. For beregninger med dødelighed anvendes yderligere en forskudt start af risikotiden på to år for at undgå omvendt kausalitet.

Omvendt kausalitet er et generelt problem for tolkningen af årsagssammenhæng i denne rapport. Et oplagt eksempel på dette ses for sammenhængen mellem alkoholforbrug og psykiatriske hospitalskontakter. Dette kan være et udtryk for en reel sammenhæng, altså at personer med et højt alkoholforbrug har en højere risiko for at udvikle psykisk sygdom, men det kan også være et udtryk for det omvendte, altså at personer med en psykisk sygdom anvender alkohol som en 'coping strategi', og at psykisk sygdom således påvirker alkoholforbruget.

For hver risikofaktor er der foretaget overvejelser omkring den kausale sammenhæng med de forskellige byrdemål, og disse overvejelser præsenteres i de pågældende kapitler. Der præsenteres udelukkende resultater for sammenhænge, hvor en kausal sammenhæng vurderes mulig. For enkelte risikofaktorer antages det, at der ikke en kausal sammenhæng med alle byrdemål, og i disse tilfælde vil byrdemålet ikke blive opgjort. For eksempel bliver psykiatriske kontakter til sygehuset ikke opgjort for rygning, da det vurderes, at der ikke er en kausal sammenhæng mellem rygning og psykiatriske kontakter.

Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
6. Bhaskaran K, Dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Associations of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6(12):944-953.
7. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ 2016;353.
8. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:1-25
9. World Health Organization (WHO) Europe. Body Mass Index - BMI [Tilgået august 2022: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi].
10. Carslake D, Davey Smith G, Gunnell D, Davies N, Nilsen TIL, Romundstad P. Confounding by ill health in the observed association between BMI and mortality: evidence from the HUNT Study using offspring BMI as an instrument. IJE 2018;47(3):760-70
11. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. [Tracing of overweight and early intervention towards children and young people in school age.]. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
12. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn - Vejledning til sundhedsplejesker og praktiserende læger. København, Sundhedsstyrelsen, 2015.
13. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med 2013;368(4):341-50.
14. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Million Women Study Collaboration. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 2013;381(9861):133-41.
15. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):26-9.
16. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):30-3
17. Sundhedsstyrelsen. 10-4 – Sundhedsstyrelsen melder nye genstandsgrænser ud. Sundhedsstyrelsen, 2022 [Tilgået oktober 2022: www.sst.dk/da/Nyheder/2022/10-4-Sundhedsstyrelsen-melder-nye-genstandsgraenser-ud].
18. Sundhedsstyrelsen. Alkohol. Sundhedsstyrelsen, 2022 [Tilgået oktober 2022: www.sst.dk/da/Viden/Alkohol].
19. Lassen T, Petersen M, Hviid S, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk M, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København, Statens Institution for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2020.

20. Sundhedsstyrelsen. Notat: Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol. Sundhedsstyrelsen; 2022. Contract No.: Sagsnr. 03-0900-167.
21. Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, Abate KH, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, et al. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. Lancet 2022;400(10347):185-235.
22. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen, København, 2016 [Tilgået august 2022: https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet].
23. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr 2007;61(2):270-8.
24. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Danmarks Tekniske Universitet (DTU), 2013.
25. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. J Hum Hypertens 2007;21(9):717-28.
26. Tanuseputro P, Perez R, Rosella L, Wilson K, Bennett C, Tuna M, et al. Improving the estimation of the burden of risk factors: an illustrative comparison of methods to measure smoking-attributable mortality. Popul Health Metr 2015;13(1):1-10.
27. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996;34(3):220-33.
28. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30(6):473-83.
29. Bjørner J, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen N, Kristensen TS, et al. Dansk manual til SF-36: et spørgeskema om helbredsstatus. 1997.
30. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv: En analyse af registerdata fra" Sundhedsprofilen 2010". Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2017.
31. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. What characterizes persons with poor mental health? A nationwide study in Denmark. Scand J Public Health 2014;42(5):446-55.
32. Ellermann T, Brandt J, Rasmussen LMF, Geels C, Christensen JH, Ketzel M, et al. Luftkvalitet og helbredseffekter i Danmark, status 2018. Aarhus Universitet, Institut for Miljøvidenskab, Science and Technology, 2019.
33. World Health Organization (WHO). WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2. 5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO, 2021.
34. Juul S, Bech B, Dahm C, Rytter D. Ætiologiske fraktioner. I: Juul S, Bech B, Dahm C, Rytter D, editors. Epidemiologi og evidens. 3. udgave. København, Munksgaard, 2017. side 182-5.

35. Jensen HAR, Lau CJ, Davidsen M, Feveile HB, Christensen AI, Ekholm O. The impact of non-response weighting in health surveys for estimates on primary health care utilization. Eur J Public Health 2022;32(3)450-55.
36. Christensen AI, Lau CJ, Kristensen PL, Johnsen SB, Wingstrand A, Friis K, et al. The Danish National Health Survey: Study design, response rate and respondent characteristics in 2010, 2013 and 2017. Scand J Public Health 2022;50(2):180-8.
37. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. Scand Public Health 2011;39(7 Suppl):22-5.
38. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):34-7.
39. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. DREAM vejledning version 46. 2021.
40. Danmarks Statistik. Beskæftigelsesminiteriets forløbsdatabase DREAM 2022 [Tilgået august 2022: https://www.dst.dk/extranet/Forskning-Variabellister/DREAM%20-%20Besk%C3%A6ftigelsesministeriets%20forl%C3%B8bsdatabase%20DREAM.html].
41. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford university press, 2015.
42. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):38-41.
43. Danmarks Statistik. Ældredokumentation København. Danmarks Statisik, 2022 [Tilgået august 2022: https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation].
44. Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen 2022 [Tilgået august 2022: https://www.fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport].
45. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):91-4.
46. Schmidt M, Schmidt SA, Sandegaard JL, Ehrenstein V, Pedersen L, Sørensen HT. The Danish National Patient Registry: a review of content, data quality, and research potential. Clin Epidemiol 2015;7:449-90.
47. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):103-5.
48. Hjollund NH, Larsen FB, Andersen JH. Register-based follow-up of social benefits and other transfer payments: accuracy and degree of completeness in a Danish interdepartmental administrative database compared with a population-based survey. Scand J Public Health 2007;35(5):497-502.



5

Svær overvægt

5. Svær overvægt

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt. For eksempel belyses, hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt.

Forekomsten af svær overvægt er steget fra 14 % i 2010 til 17 % i 2017. I 2017 er forekomsten den samme blandt mænd og kvinder (17 %).

Mænd med svær overvægt klasse I og klasse II-III lever i gennemsnit henholdsvis 0,8 år og 4,0 år kortere end mænd uden svær overvægt. Der er ikke forskel i den forventede restlevetid blandt kvinder med svær overvægt klasse I og kvinder uden svær overvægt. Kvinder med svær overvægt klasse II-III lever i gennemsnit 3,2 år kortere end kvinder uden svær overvægt. Tabet i befolkningens middellevetid relateret til svær overvægt er 4 måneder blandt mænd og 2 måneder blandt kvinder.

Blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III samlet), i forhold til personer uden svær overvægt, er der årligt:

- 750 ekstra dødsfald
- 8.729 og 3.069 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 50.559 ekstra somatiske indlæggelser
- 3.155 ekstra psykiatriske indlæggelser
- 417.988 ekstra somatiske ambulante kontakter
- 83.297 ekstra psykiatriske ambulante kontakter
- 1.418.332 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 1.460.910 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 352 ekstra nytilkendte førtidspensioner
- 3.842 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 9.953 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem svær overvægt og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med svær overvægt, i forhold til personer uden svær overvægt, når der er taget højde for uddannelseslængde, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at somatisk eller psykisk sygdom fører til svær overvægt og ikke omvendt.

Introduktion

Svær overvægt øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme, såsom type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere former for kræft (for eksempel kræft i spiserør, tyk- og endetarm, galdeblære, bugspytkirtel, nyre, prostata, lever og livmoderslimhinde samt brystkræft hos postmenopausale kvinder), søvnapnø, ledsmerter i bevægeapparatet, reproduktionsproblemer og tidlig død (1-9). Hertil kommer en øget risiko for psykosociale problemer, såsom dårlig trivsel og nedsat livskvalitet (10, 11) samt en øget risiko for at udvikle multisygdom, altså det at have flere kroniske sygdomme samtidigt (12). For nogle sygdomme kan svær overvægt samtidig forværre prognosen (for eksempel prostatakræft (13)), og personer med svær overvægt tilbydes i dag influenza- og coronavaccination på linje med personer med kronisk sygdom, da de er i øget risiko for at få et alvorligt forløb ved disse infektioner (14, 15). Risikoen for helbredsmæssige konsekvenser er større med øget grad af overvægt (7, 16), men varierer med alderen. Nogle undersøgelser viser således en lavere dødelighed blandt personer med overvægt blandt de ældste aldersgrupper (17-19). Der er dog enighed blandt de fleste forskere om, at disse fund højst sandsynligt skyldes metodiske begrænsninger og bias (immortal time bias) og altså ikke afspejler en direkte beskyttende effekt af overvægt blandt ældre. Immortal time bias refererer til, at personer med moderat eller svær overvægt, der har overlevet frem til de ældste aldersgrupper, generelt set har et bedre helbred og derfor ikke oplever den samme helbredsmæssige risiko ved overvægten som de personer, der starter deres voksenliv med moderat eller svær overvægt.

Svær overvægt opgøres i denne rapport på baggrund af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om højde og vægt, som bruges til at beregne Body Mass Index (BMI). Baseret på WHO's definition af de forskellige vægtklasser anvendes i denne rapport følgende kategorisering af svær overvægt: Svær overvægt klasse I: BMI: 30-34,9 og svær overvægt klasse II-III: BMI≥35,0 (20, 21). Referencegruppen udgøres af personer med et BMI i intervallet 20-29,9. Personer med et BMI under 20 ekskluderes i opgørelserne (se afsnit 4.1.1 for en detaljeret beskrivelse af definitionen).

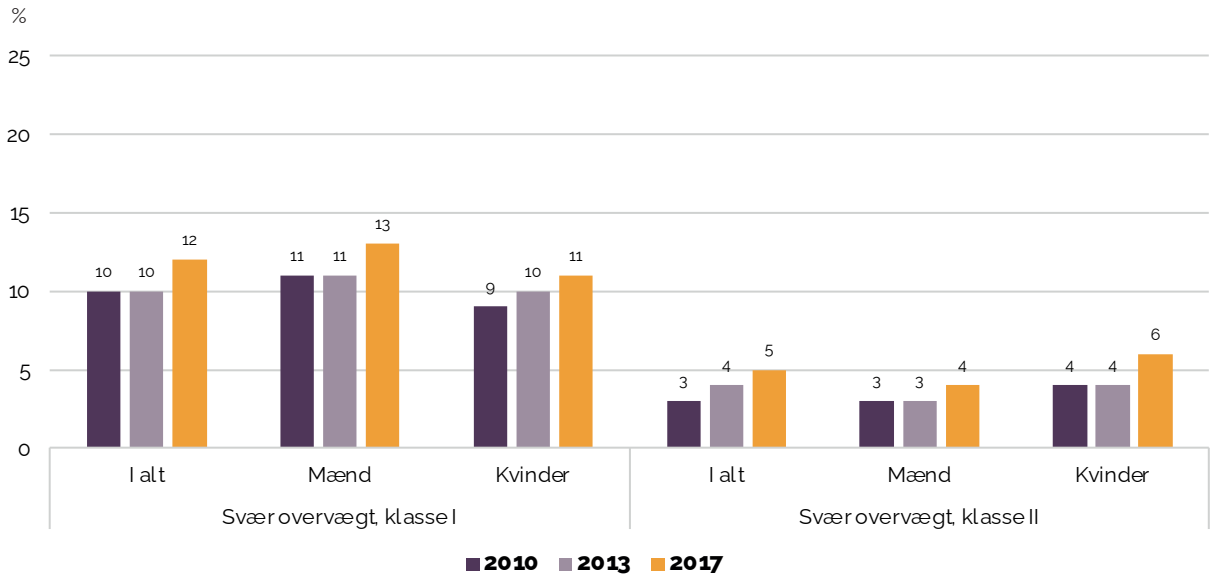
Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem svær overvægt og de forskellige byrdemål, men er derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses for hvert byrdemål blandt personer med svær overvægt, i forhold til personer uden svær overvægt, når der er taget højde for længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Desuden kan det ikke konkluderes, om sammenhængen mellem svær overvægt og de forskellige byrdemål er kausal. Der er faktorer, som påvirker personers vægt, der samtidig påvirker dødelighed og risiko for indlæggelser og førtidspension. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom, dårligt mentalt helbred eller medicinforbrug. Hvis en person for eksempel har et medicinforbrug på grund af sygdom, kan det påvirke stofskiftet og forårsage vægtøgning. Samtidig kan sygdommen i sig selv føre til flere indlæggelser, førtidspension og eventuelt tidlig død. For byrdemålene omhandlende psykiatriske kontakter med sundhedsvæsenet er det plausibelt at antage, at eksisterende dårligt mentalt helbred i mange tilfælde kan føre til vægtøgning og samtidig øge risikoen for psykiatriske kontakter. I disse tilfælde kan den ekstra byrde ikke direkte tilskrives svær overvægt i sig selv, men derimod underliggende faktorer, såsom sygdom, dårligt mentalt helbred, smerter eller andet. Eksempelvis er det kendt, at en bivirkning ved antipsykotisk medicin er vægtøgning, og der kan derfor være risiko for omvendt kausalitet. Det vil sige, at visse psykiske sygdomme øger risikoen for svær overvægt (på grund af medicinindtag), og ikke at svær overvægt øger risikoen for psykisk sygdom. Samtidig er der også andre typer af medicin, der har en vægtøgende effekt som bivirkning, såsom glukokortikoider, der ofte tages mod gigtsygdomme, astma, KOL og kræft. I disse tilfælde kan der også være tale om omvendt kausalitet.

Forekomst af svær overvægt

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af svær overvægt klasse I og klasse II-III steget fra henholdsvis 10 % til 12 % og fra 3 % til 5 %. Samlet set for svær overvægt er forekomsten dermed steget fra 14 % i 2010 til 17 % i 2017 (på grund af afrunding afviger summen af svær overvægt i 2010 fra sammenlægningen af klasse I og klasse II). For både svær overvægt klasse I og klasse II-III ses den største stigning fra 2013 til 2017 for begge køn (figur 5.1).

Forekomsten af svær overvægt klasse I er højere blandt mænd (13 % i 2017) end blandt kvinder (11 % i 2017), hvorimod forekomsten af svær overvægt klasse II-III er højere blandt kvinder (6 % i 2017) end blandt mænd (4 % i 2017).

Figur 5.1 Udvikling i forekomst (%) af svær overvægt klasse I og klasse II-III, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.

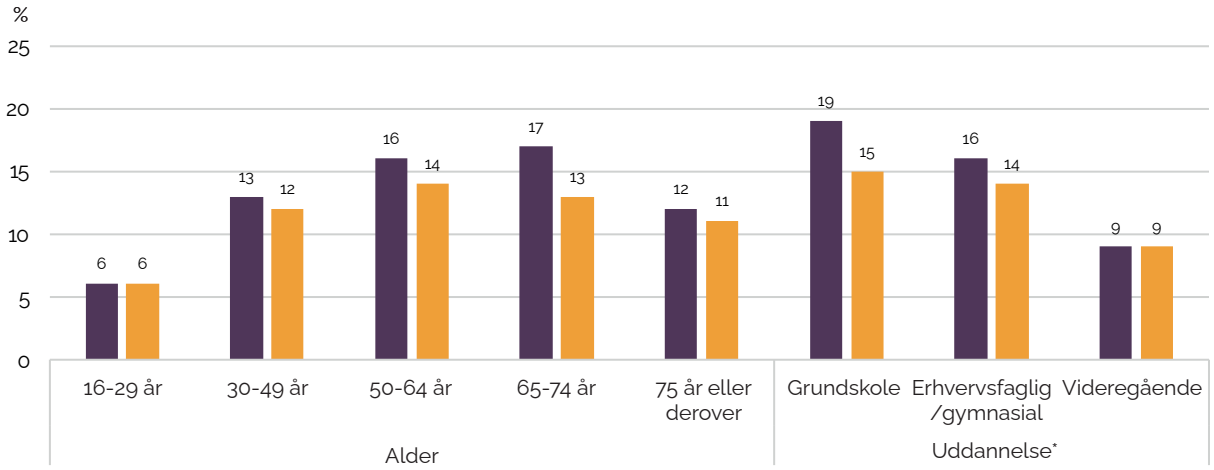


Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

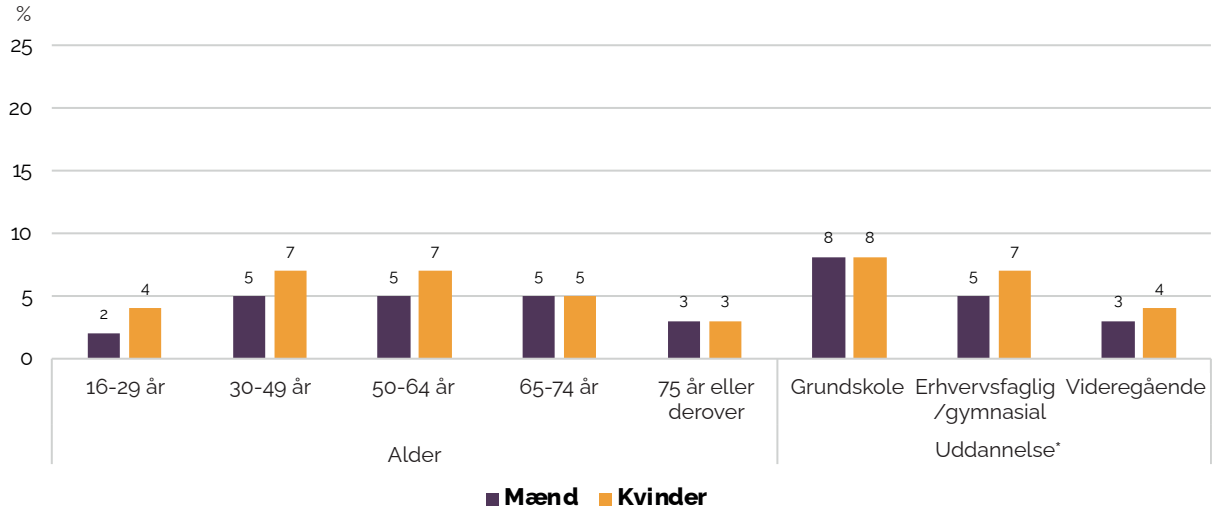
Forekomsten af personer med svær overvægt (både klasse I og klasse II-III) stiger generelt set med alderen frem til den ældste aldersgruppe (75 år eller derover), hvor forekomsten igen falder en anelse (figur 5.2.a-b). Dertil er forekomsten af personer med svær overvægt (både klasse I og klasse II-III) lavere med længere uddannelse. Således er forekomsten højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en videregående uddannelse.

Figur 5.2 Forekomst (%) af **a**) svær overvægt klasse I og **b**) svær overvægt klasse II-III, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.

a) Personer med svær overvægt klasse I



b) Personer med svær overvægt klasse II-III



**Forekomst af svær overvægt klasse I og klasse II-III, opdelt på uddannelse, er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Svær overvægt og dødelighed

Der er årligt 750 ekstra dødsfald blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 440 blandt mænd og 310 blandt kvinder (tabel 5.1). Blandt mænd med svær overvægt ses en relativ risiko på 1,22 og 1,84 for henholdsvis klasse I og klasse II-III i forhold til mænd uden svær overvægt. Det svarer til, at mænd med svær overvægt klasse I har 22 % højere dødelighed, mens mænd med svær overvægt klasse II-III har 81 % højere dødelighed, end mænd uden svær overvægt. Blandt kvinder er den relative risiko 1,05 og 1,54 for henholdsvis svær overvægt klasse I og klasse II-III. Når risikoen opgøres for forskellige aldersgrupper, ses der for alle aldersgrupper en højere risiko for død blandt personer med svær overvægt klasse II-III i forhold til personer uden svær overvægt (RR>1). Det samme gør sig gældende for personer med svær overvægt klasse I med undtagelse af den ældste aldersgruppe (75 år eller derover) samt aldersgruppen 65-74 år blandt kvinder, hvor der ses en lavere dødelighed i forhold til personer uden svær overvægt (RR<1).

Ekstra antal dødsfald er præsenteret samlet for svær overvægt klasse I og klasse II-III. Det negative antal, der ses blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover, er udtryk for, at der er færre dødsfald blandt mænd med svær overvægt end blandt mænd uden svær overvægt i denne aldersgruppe. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd med svær overvægt i aldersgruppen 50-64 år og 65-74 år, samt kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør henholdsvis 2 % og 1 % af alle dødsfald.

Den relative risiko for død, der ses i denne rapport, blandt personer med svær overvægt, klasse I og II-III, er lavere sammenlignet med tidligere estimater i internationale metaanalyser (7, 8). Denne forskel kan skyldes metodiske begrænsninger i nærværende rapport, såsom selektionsbias (en skævhed i forhold til hvem der deltager i Den Nationale Sundhedsprofil) og begrænset opfølgningstid, hvilket kan være med til at underestimere dødeligheden blandt personer med svær overvægt. En yderligere – aktuelt debatteret – mulighed er, at der er sket et fald i overdødelighed ved svær overvægt, enten fordi svær overvægt har ændret natur, eller fordi de relaterede følgesygdomme er blevet mindre udtalte eller behandles bedre end tidligere.

Tabel 5.1 Forekomst af svær overvægt samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	12	5	-	-	750	16	1
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,22	1,84	440	19	2
16-29 år	6	2	1,57	3,10	18	3	8
30-49 år	13	5	1,34	2,25	92	13	10
50-64 år	16	5	1,17	1,68	236	41	6
65-74 år	17	5	1,04	1,33	153	49	2
75 år eller derover	12	3	0,95	1,09	-58	-30	<1
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,05	1,54	310	13	1
16-29 år	6	4	1,16	1,77	3	1	4
30-49 år	12	7	1,09	1,63	29	4	5
50-64 år	14	7	1,04	1,51	88	16	4
65-74 år	13	5	0,99	1,42	90	27	2
75 år eller derover	11	3	0,96	1,35	100	39	1

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.2). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 240 og 124 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 52 % og 40 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.2 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal dødsfald blandt personer med svær overvægt og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal dødsfald*	Antal*	Andel (%)*
I alt	13	6	772	365	47
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	461	240	52
Grundskole	19	8	237	155	65
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	190	86	45
Videregående uddannelse	9	3	34	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	311	124	40
Grundskole	15	8	181	89	49
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	97	35	36
Videregående uddannelse	9	4	33	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.*

Middellevetid og tabte leveår relateret til svær overvægt

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med og uden svær overvægt i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således er den forventede restlevetid blandt mænd med svær overvægt klasse I og klasse II-III i gennemsnit henholdsvis 0,8 og 4,0 år kortere end mænd uden svær overvægt (tabel 5.3). Der er ikke forskel i den forventede restlevetid blandt kvinder med svær overvægt klasse I og kvinder uden svær overvægt. Blandt kvinder med svær overvægt klasse II-III er den forventede restlevetid 3,2 år kortere end blandt kvinder uden svær overvægt. Hvis svær overvægt blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der har svær overvægt, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 4 og 2 måneder længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 8.729 tabte leveår blandt mænd og 3.069 blandt kvinder.

Tabel 5.3 Forskel i middellevetid blandt personer med og uden svær overvægt, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med svær overvægt, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)		Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
	Klasse I	Klasse II-III		
Mænd	-0,8	-4,0	4	8.729
Kvinder	0,0	-3,2	2	3.069

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Svær overvægt og indlæggelser

Der er årligt 50.599 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 26.319 blandt mænd og 24.280 blandt kvinder (tabel 5.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder med svær overvægt i alderen 65 år eller derover. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør 4 % af alle somatiske indlæggelser.

Der er årligt 3.155 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 1.076 blandt mænd og 2.079 blandt kvinder (tabel 5.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske indlæggelser højest blandt mænd med svær overvægt i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år og blandt kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør henholdsvis 4 % og 8 % af alle psykiatriske indlæggelser. De negative antal og andele, der ses i aldersgrupperne 65-74 og 75 år eller derover blandt mænd, er et udtryk for, at der er færre psykiatriske indlæggelser blandt mænd med svær overvægt end blandt mænd uden svær overvægt.

Tabel 5.4 Forekomst af svær overvægt samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser							
I alt	12	5	-	-	50.599	1.072	4
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,25	1,51	26.319	1.128	4
16-29 år	6	2	1,37	1,66	1.482	281	4
30-49 år	13	5	1,30	1,57	4.925	673	6
50-64 år	16	5	1,23	1,49	8.242	1.442	6
65-74 år	17	5	1,19	1,43	7.277	2.337	5
75 år eller derover	12	3	1,15	1,38	4.393	2.293	3
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,24	1,50	24.280	1.017	4
16-29 år	6	4	1,42	1,74	3.220	631	5
30-49 år	12	7	1,31	1,58	7.368	1.027	7
50-64 år	14	7	1,21	1,46	6.464	1.142	6
65-74 år	13	5	1,14	1,36	4.127	1.236	4
75 år eller derover	11	3	1,09	1,28	3.100	1.189	2
Psykiatriske indlæggelser							
I alt	12	5	-	-	3.155	67	6
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,09	1,22	1.076	46	4
16-29 år	6	2	1,85	1,96	468	89	7
30-49 år	13	5	1,34	1,46	687	94	6
50-64 år	16	5	1,00	1,12	42	7	1
65-74 år	17	5	0,79	0,91	-75	-24	-4
75 år eller derover	12	3	0,65	0,76	-47	-25	-5
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,26	1,23	2.079	87	8
16-29 år	6	4	1,21	4,32	1.099	215	12
30-49 år	12	7	1,24	1,98	753	105	9
50-64 år	14	7	1,27	0,99	176	31	3
65-74 år	13	5	1,29	0,56	26	8	1
75 år eller derover	11	3	1,31	0,35	24	9	1

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.5). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 10.888 og 7.365 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 43 % og 34 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.5). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 466 og 488 færre psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 59 % og 42 % af alle ekstra psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.5 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal indlæggelser blandt personer med svær overvægt og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Ekstra antal ind-læggelser*	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III		Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	13	6	46.736	18.253	39
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	25.316	10.888	43
Grundskole	19	8	11.165	6.395	57
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	11.204	4.493	40
Videregående uddannelse	9	3	2.947	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	21.420	7.365	34
Grundskole	15	8	9.333	4.479	48
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	8.227	2.886	35
Videregående uddannelse	9	4	3.860	Ref.	ref.
Psykiatriske indlæggelser					
I alt	13	6	1.962	954	49
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	793	466	59
Grundskole	19	8	582	375	64
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	186	91	49
Videregående uddannelse	9	3	26	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	1.169	488	42
Grundskole	15	8	632	340	54
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	380	148	39
Videregående uddannelse	9	4	157	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).*

Svær overvægt og ambulante kontakter

Der er årligt 417.988 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 205.285 blandt mænd og 212.703 blandt kvinder (tabel 5.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 65-74 år. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør henholdsvis 4 % og 3 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 83.297 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 24.298 blandt mænd og 58.998 blandt kvinder (tabel 5.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør henholdsvis 5 % og 8 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 5.6 Forekomst af svær overvægt samt relativ risiko (RR) for ambulant kontakt, ekstra antal ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter							
I alt	12	5	-	-	417.988	8.852	3
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,17	1,44	205.285	8.797	4
16-29 år	6	2	1,20	1,63	12.554	2.379	3
30-49 år	13	5	1,18	1,51	45.529	6.224	5
50-64 år	16	5	1,17	1,41	66.889	11.707	5
65-74 år	17	5	1,15	1,33	55.935	17.965	4
75 år eller derover	12	3	1,14	1,27	24.377	12.722	2
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,14	1,26	212.703	8.906	3
16-29 år	6	4	1,13	1,21	15.987	3.135	2
30-49 år	12	7	1,13	1,24	60.497	8.433	3
50-64 år	14	7	1,14	1,27	65.318	11.534	4
65-74 år	13	5	1,14	1,29	43.824	13.121	3
75 år eller derover	11	3	1,15	1,31	27.078	10.387	2
Psykiatriske ambulante kontakter							
I alt	12	5	-	-	83.297	1.764	7
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,20	1,22	24.298	1.041	5
16-29 år	6	2	1,45	2,83	10.030	1.901	7
30-49 år	13	5	1,29	1,68	12.128	1.658	7
50-64 år	16	5	1,17	1,05	2.343	410	3
65-74 år	17	5	1,07	0,72	-42	-13	<1
75 år eller derover	12	3	1,00	0,52	-160	-84	-1
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,34	1,56	58.998	2.470	8
16-29 år	6	4	1,62	2,55	25.420	4.985	9
30-49 år	12	7	1,44	1,88	26.049	3.631	11
50-64 år	14	7	1,30	1,43	6.410	1.132	7
65-74 år	13	5	1,19	1,14	837	251	3
75 år eller derover	11	3	1,11	0,95	281	108	1

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.7). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 79.680 og 60.172 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 42 % og 31 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.7). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 8.561 og 13.976 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 51 % og 38 % af alle ekstra psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i psykiatriske ambulante kontakter relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.7 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med svær overvægt og ekstra antal ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III		Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter					
I alt	13	6	384.471	139.852	36
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	191.696	79.680	42
Grundskole	19	8	73.148	42.520	58
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	91.037	37.161	41
Videregående uddannelse	9	3	27.511	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	192.775	60.172	31
Grundskole	15	8	71.090	33.505	47
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	77.973	26.667	34
Videregående uddannelse	9	4	43.712	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter					
I alt	13	6	53.794	22.538	42
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	16.677	8.561	51
Grundskole	19	8	9.584	6.016	63
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	5.691	2.545	45
Videregående uddannelse	9	3	1.402	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	37.117	13.976	38
Grundskole	15	8	14.948	7.832	52
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	15.391	6.144	40
Videregående uddannelse	9	4	6.778	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).*

Svær overvægt og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 1.418.332 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 680.547 blandt mænd og 737.785 blandt kvinder (tabel 5.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd med svær overvægt i alderen 65-74 år og blandt kvinder med svær overvægt på 75 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør henholdsvis 4 % og 3 % af alle lægekontakter.

Tabel 5.8 Forekomst af svær overvægt samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal læge-kontrakter*	Ekstra antal læge-kontrakter per 100.000 personer*	Andel af alle læge-kontrakter (%)*
I alt	12	5	-	-	1.418.332	30.038	4
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	1,24	1,49	680.547	29.164	4
16-29 år	6	2	1,30	1,61	51.349	9.732	3
30-49 år	13	5	1,26	1,53	168.050	22.972	6
50-64 år	16	5	1,23	1,47	212.275	37.152	6
65-74 år	17	5	1,21	1,41	159.587	51.255	5
75 år eller derover	12	3	1,19	1,37	89.287	46.599	3
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	6	1,17	1,29	737.785	30.891	3
16-29 år	6	4	1,20	1,35	88.591	17.371	2
30-49 år	12	7	1,18	1,32	236.628	32.986	4
50-64 år	14	7	1,17	1,28	195.611	34.542	4
65-74 år	13	5	1,16	1,26	118.329	35.429	3
75 år eller derover	11	3	1,15	1,24	98.626	37.831	2

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.9). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 259.823 og 208.401 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 41 % og 32 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra lægekontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.9 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal lægekontakter blandt personer med svær overvægt og ekstra antal lægekontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Ekstra antal læge kontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III		Antal*	Andel (%)*
I alt	13	6	1.275.487	468.225	37
Mænd					
I alt blandt mænd	15	5	628.548	259.823	41
Grundskole	19	8	248.575	142.511	57
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	5	289.992	117.313	40
Videregående uddannelse	9	3	89.980	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	646.940	208.401	32
Grundskole	15	8	246.704	116.814	47
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	261.171	91.588	35
Videregående uddannelse	9	4	139.064	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.*

Svær overvægt og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år er der årligt 1.460.910 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 597.325 blandt mænd og 863.585 blandt kvinder (tabel 5.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra sygedage for både mænd og kvinder med svær overvægt udgør 6 % af alle ekstra sygedage.

Tabel 5.10 Forekomst af svær overvægt samt forskel i antal sygedage mellem personer med og uden svær overvægt, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 18-64 år, 2017.

	Forekomst (%)		Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	12	5	-	-	1.460.910	59.357	6
Mænd							
I alt blandt mænd	13	4	-	-	597.325	45.840	6
18-29 år	8	2	2.883	1.372	66.361	26.009	5
30-49 år	12	4	2.347	3.989	288.809	46.282	7
50-64 år	15	4	1.871	6.315	242.155	57.158	6
Kvinder							
I alt blandt kvinder	11	5	-	-	863.585	74.567	6
18-29 år	7	4	4.105	4.485	94.845	47.054	7
30-49 år	11	6	4.135	5.450	446.366	77.826	6
50-64 år	12	5	4.160	6.307	322.375	84.175	6

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt personer med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.11). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 206.144 og 174.439 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 40 % og 23 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygedage relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.11 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal sygedage blandt personer med svær overvægt og ekstra antal sygedage i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst (%)			Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal sygedage*	Antal*	Andel (%)*
I alt	13	5	1.273.113	380.583	30
Mænd					
I alt blandt mænd	14	4	515.431	206.144	40
Grundskole	20	8	127.833	77.419	61
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15	5	279.627	128.725	46
Videregående uddannelse	9	2	107.971	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	6	757.682	174.439	23
Grundskole	13	8	106.115	38.794	37
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	7	371.227	135.645	37
Videregående uddannelse	9	4	280.340	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Svær overvægt og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 352 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) sammenlignet med personer uden svær overvægt, henholdsvis 167 blandt mænd og 185 blandt kvinder (tabel 5.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder med svær overvægt udgør 6 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 5.12 Forekomst af svær overvægt samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle førtidspensioner blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 18-64 år, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III	Ekstra antal førtids-pensioner*	Ekstra antal førtids-pensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtids-pensioner (%)*
I alt	11	5	-	-	352	11	6
Mænd							
I alt blandt mænd	12	4	1,33	1,57	167	10	6
18-29 år	6	2	1,45	1,78	7	1	5
30-49 år	13	5	1,34	1,60	58	8	7
50-64 år	16	5	1,26	1,46	102	21	6
Kvinder							
I alt blandt kvinder	10	6	1,38	1,60	185	11	6
18-29 år	6	4	1,57	2,14	9	2	7
30-49 år	11	7	1,40	1,67	75	11	9
50-64 år	13	6	1,27	1,33	101	23	5

**Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til svær overvægt

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) ses blandt mænd med grundskole og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 5.13). Hvis forekomsten af personer med svær overvægt i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 86 og 64 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 48 % og 33 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til svær overvægt kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 5.13 Forekomst af svær overvægt, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med svær overvægt og ekstra antal nytilkendte førtidspensioner i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst (%)		Ekstra antal førtids-pensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
	Svær overvægt, klasse I	Svær overvægt, klasse II-III		Antal*	Andel (%)*
I alt	13	6	375	150	40
Mænd					
I alt blandt mænd	14	5	182	86	48
Grundskole	20	8	97	57	59
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15	5	72	30	41
Videregående uddannelse	9	3	12	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	7	194	64	33
Grundskole	14	10	79	33	42
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15	8	87	31	35
Videregående uddannelse	9	5	28	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).*

Svær overvægt og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 5.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær på arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer med svær overvægt (klasse I og klasse II-III) i forhold til personer uden svær overvægt. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.842 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (2.307 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til medicin (832 mio. kr.) og praksis (488 mio. kr.), mens hjemmehjælp udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger til sundhedsvæsnet (215 mio. kr.).

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 9.953 mio. kr. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (6.927 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til tidlig død (1.602 mio. kr.) og nykendte førtidspensioner (1.424 mio. kr.).

Tabel 5.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	488	2.307	832	215	3.842
Mænd					
I alt blandt mænd	231	1.072	460	70	1.833
16-29 år	3	-37	1	0	-34
30-49 år	52	192	101	0	345
50-64 år	83	412	169	-78	586
65-74 år	63	337	128	82	611
75 år eller derover	30	168	61	66	326
Kvinder					
I alt blandt kvinder	257	1.235	372	145	2.009
16-29 år	20	129	10	0	159
30-49 år	78	413	97	0	588
50-64 år	80	370	126	-50	525
65-74 år	48	204	84	91	427
75 år eller derover	31	119	56	104	309

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	6.927	1.424	1.602	9.953
Mænd				
I alt blandt mænd	3.058	728	1.275	5.061
16-49 år	1.920	469	780	3.169
50-64 år	1.139	259	494	1.892
Kvinder				
I alt blandt kvinder	3.869	697	327	4.893
16-49 år	2.567	481	181	3.229
50-64 år	1.301	216	146	1.663

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Personer med BMI<20 er ekskluderet. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Det Centrale Personregister, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer 2004;4(8):579-91.
2. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med 2017;377(1):13-27.
3. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. PLoS Med 2020;17(7):e1003198.
4. Freisling H, Viallon V, Lennon H, Bagnardi V, Ricci C, Butterworth AS, et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. BMC Med 2020;18(1):5.
5. Bhaskaran K, Dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Associations of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6(12):944-953.
6. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, Tabak A, Shipley M, Dugravot A, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: A cohort study. PLoS Med. 2018;15(5):e1002571.
7. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ 2016;353.
8. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet 2016;388(10046):776-86.
9. World Health Organization (WHO) Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. København, WHO, 2022.
10. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life--a Swedish population study. Int J Obes Relat Metab Disord 2002;26(3):417-24.
11. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. J Postgrad Med 2017;63(3):182-90.
12. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2019.
13. Wilson RL, Taaffe DR, Newton RU, Hart NH, Lyons-Wall P, Galvão DA. Obesity and prostate cancer: A narrative review. Crit Rev Oncol Hematol 2022;169:103543.
14. Statens Serum Institut. Vaccinationer [Tilgået august 2022: https://www.ssi.dk/vaccinationer/influenzavaccination]
15. Sundhedsstyrelsen. [Tilgået august 2022: https://www.sst.dk/da/corona/Saerlige-risikogrupper]
16. Bray G, Gray DS. Obesity. Part I--Pathogenesis. West J Med 1988;149(4):429.
17. Yamazaki K, Suzuki E, Yorifuji T, Tsuda T, Ohta T, Ishikawa-Takata K, et al. Is there an obesity paradox in the Japanese elderly population? A community-based cohort study of 13 280 men and women. Geriatr Gerontol Int 2017;17(9):1257-64.
18. Veronese N, Cereda E, Solmi M, Fowler SA, Manzato E, Maggi S, et al. Inverse relationship between body mass index and mortality in older nursing home residents: a meta-analysis of 19,538 elderly subjects. Obes Rev 2015;16(11):1001-15.
19. Lv Y, Mao C, Gao X, Ji JS, Kraus VB, Yin Z, et al. The obesity paradox is mostly driven by decreased noncardiovascular disease mortality in the oldest old in China: a 20-year prospective cohort study. Nat Aging 2022;2(5):389-96.
20. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:1-253.
21. World Health Organization (WHO) Europe. Body Mass Index - BMI [Tilgået august 2022: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi].


TOOL
VANS

6

Rygning

6. Rygning

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for 1) personer, der tidligere har røget, 2) personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter og 3) personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, i forhold til personer, der aldrig har røget. For eksempel belyses, hvor mange ekstra dødsfald, der ses blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget.

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af personer, der tidligere har røget, og forekomsten af personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter, stort set uændret (henholdsvis 29 % og 14 % i 2017) og er generelt ens blandt mænd og kvinder. Forekomsten af mænd, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, er faldet fra 13 % i 2010 til 10 % i 2017. Blandt kvinder er den faldet fra 10 % til 6 %. Mænd, der tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter eller dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, lever i gennemsnit henholdsvis 2,7 år, 6,1 år og 9,4 år kortere end mænd, der aldrig har røget. Kvinder, der tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter eller dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, lever i gennemsnit henholdsvis 3,4 år, 5,7 år og 9,3 år kortere end kvinder, der aldrig har røget. Der ses et tab i befolkningens middellevetid relateret til rygning på 44 og 37 måneder blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, er der årligt:

- 15.920 ekstra dødsfald, hvor dødsfald blandt personer, der tidligere har røget, udgør 50 % (7.907)
- 56.829 og 34.343 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 182.205 ekstra somatiske indlæggelser, hvor indlæggelser blandt personer, der tidligere har røget, udgør 54 % (98.999)
- 1.143.472 ekstra somatiske ambulante kontakter, hvor somatiske ambulante kontakter blandt personer, der tidligere har røget, udgør 65 % (747.266)
- 2.404.469 ekstra kontakter til alment praktiserende læge, hvor lægekontakter blandt personer, der tidligere har røget, udgør 64 % (1.542.783)
- 3.925.975 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær. Omkring 33 % (1.289.573) af de ekstra sygedage relateret til rygning ses blandt personer, der tidligere har røget, mens 39 % (1.529.051) ses blandt personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen
- 1.792 ekstra nytilkendte førtidspensioner. Omkring 28 % (497) af de ekstra førtidspensioner relateret til rygning er blandt personer, der tidligere har røget, 42 % (760) er blandt personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter
- 13.235 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 33.865 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

Personer, der tidligere har røget, udgør en stor andel af ekstra antal tilfælde for de fleste byrdemål. Dette skyldes, at der en høj forekomst af personer, der tidligere har røget, hvilket medfører et stort absolut ekstra antal tilfælde, selvom risikoen for byrdemålet, for eksempel død, er lavere blandt personer, der tidligere har røget, end blandt personer, der ryger.

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Psykiatriske indlæggelser og psykiatriske ambulante kontakter opgøres ikke for rygning, da det vurderes, at rygning ikke er kausalt relateret til psykiatriske kontakter.

Introduktion

Rygning øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme, herunder lungekræft og flere andre kræftformer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdomme, type 2 diabetes, leddegigt samt multisygdom og tidlig død (1-4). For nogle sygdomme er rygning ikke den direkte årsag til sygdommen, men forværrer prognosen (for eksempel prostatakræft) og kan forringe behandlingseffekten, herunder øge risikoen for komplikationer i forbindelse med operationer (1). Uanset antallet af cigaretter eller anden form for tobak, der benyttes, er rygning relateret til en øget risiko for rygerelateret sygdom og død. Risikoen øges med rygemængde, tidlig debutalder, antallet af år, man ryger, og jo senere, et eventuelt rygestop iværksættes (5-7). Der ses fortsat en øget risiko for sygdom og tidlig død blandt personer, der tidligere har røget (3), men rygestop, uanset tidspunkt, medfører signifikante sundhedsmæssige fordele (5).

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, kan ikke nødvendigvis ses som et udtryk for en direkte sammenhæng mellem rygning og de forskellige byrdemål. Derimod vises en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der ryger og tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Samtidig kan det ikke på baggrund af disse opgørelser konkluderes, om sammenhængen mellem rygning og de forskellige byrdemål er kausal. Der kan være faktorer, som påvirker rygning, der samtidig også påvirker sygdom og dødelighed. Det kan for eksempel være stressbelastning (både fysisk og psykisk), som kan få nogle personer til at ryge eller ryge mere, og dette kan samtidig påvirke personens helbred. Når der ses på personer, der tidligere har røget, kan det heller ikke udelukkes, at resultaterne har været påvirket af ´sick quitter´-hypotesen (8). Ifølge denne hypotese antages det, at nogle personer, der stopper med at ryge, måske netop vælger at stoppe, fordi de allerede er blevet syge. Af denne grund har denne gruppe muligvis en større risiko for indlæggelser, kontakter til lægen m.m. samt en højere dødelighed end personer, der aldrig har røget.

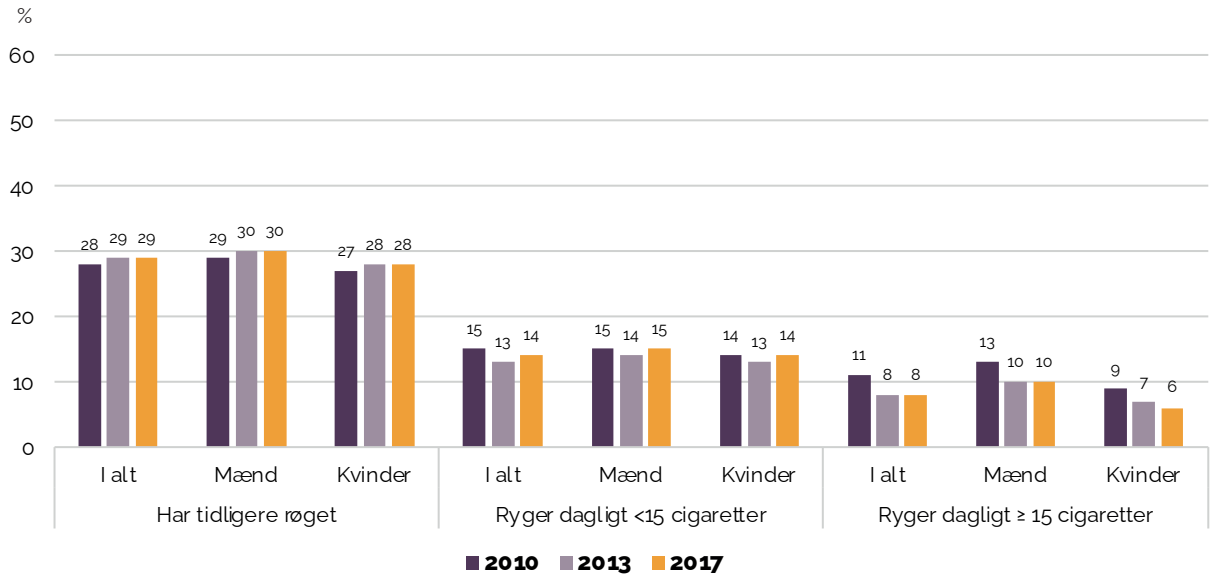
I denne rapport er rygning opgjort på baggrund af selvrapporterede oplysninger om rygehyppighed og -mængde. Rygning er klassificeret i fire grupper som personer, der 1) aldrig har røget, 2) tidligere har røget, 3) dagligt ryger færre end 15 cigaretter og 4) dagligt ryger 15 eller flere cigaretter. Personer, der ryger lejlighedsvist eller ryger anden form for tobak end cigaretter, indgår i gruppe 3). Opgørelserne for den ekstra byrde, der kan tilskrives rygning, er beregnet med personer, som aldrig har røget, som referencegruppe og de tre resterende grupper som eksponeringsgrupper (se afsnit 4.1.2 for en detaljeret beskrivelse af definitionen). I dette kapitel opgøres psykiatriske indlæggelser og psykiatriske ambulante kontakter ikke, da det vurderes, at rygning ikke kausalt er relateret til psykiatriske kontakter.

En sammenligning af resultaterne i dette afsnit med resultater for rygning i rapporterne *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (3) og *Hjertekarsygdomme* fra 2019 (9) skal foretages med forsigtighed på grund af forskellige opgørelsesmetoder. En beskrivelse af disse forskelle er beskrevet i bilag 2.

Forekomst af rygning

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af personer, der har røget, og forekomsten af personer, der ryger færre end 15 cigaretter, stort set uændret (henholdsvis 29 % og 14 % i 2017) og er generelt set ens blandt mænd og kvinder (figur 6.1). Forekomsten af mænd, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, er faldet fra 13 % i 2010 til 10 % i 2017. Blandt kvinder er den tilsvarende faldet fra 10 % til 6 %.

Figur 6.1 Udvikling i forekomst (%) af rygning, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



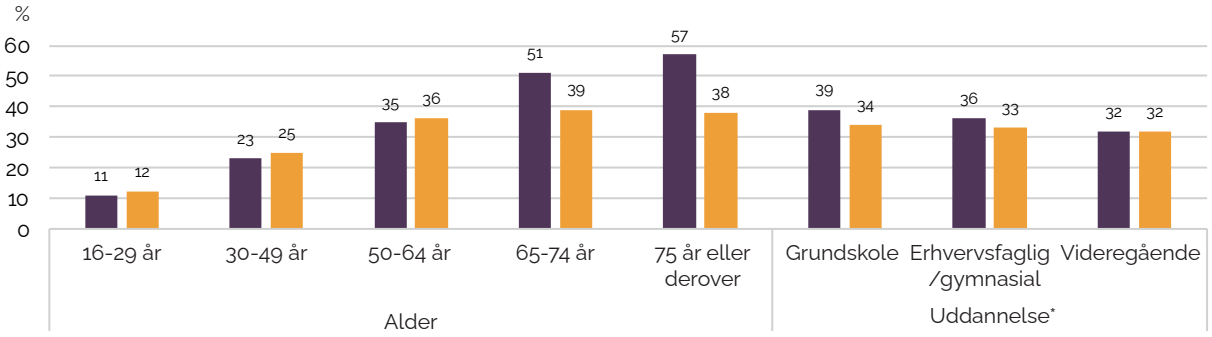
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Blandt både mænd og kvinder er forekomsten af personer, der tidligere har røget, højere med stigende alder (figur 6.2.a). Indtil alder 64 år er forekomsten generelt set ens blandt mænd og kvinder, mens der i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover ses en højere forekomst blandt mænd end blandt kvinder. Forekomsten af mænd og kvinder, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter, er højest i aldersgruppen 16-29 år, henholdsvis 24 % og 21 % (figur 6.2.b). Blandt både mænd og kvinder ses den højeste forekomst af personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, i aldersgruppen 50-64 år, henholdsvis 13 % og 9 % (figur 6.2.c). I alle aldersgrupper er forekomsten højere blandt mænd end blandt kvinder.

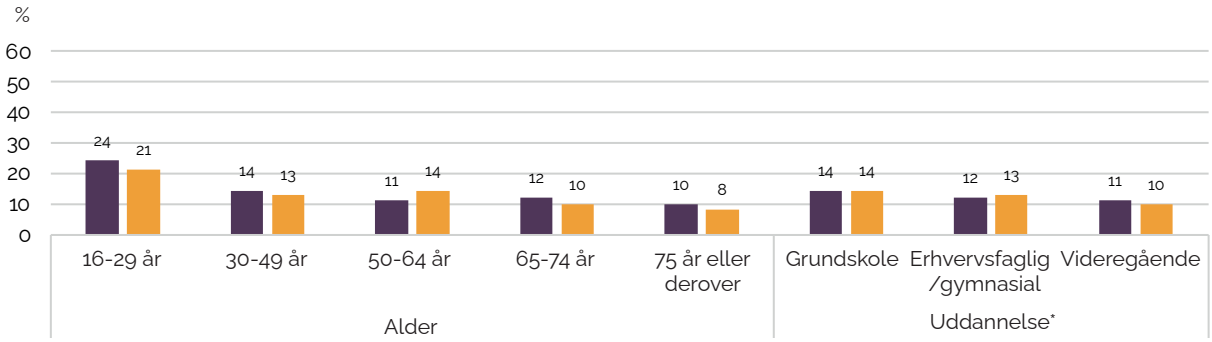
Forekomsten af personer, der tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter eller dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, er lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højest blandt personer med grundskole og lavest blandt personer med en videregående uddannelse (figur 6.1.a-c). Den største sociale ulighed ses blandt personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter.

Figur 6.2 Forekomst (%) af rygning: **a**) personer, der tidligere har røget, **b**) personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter og **c**) personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.

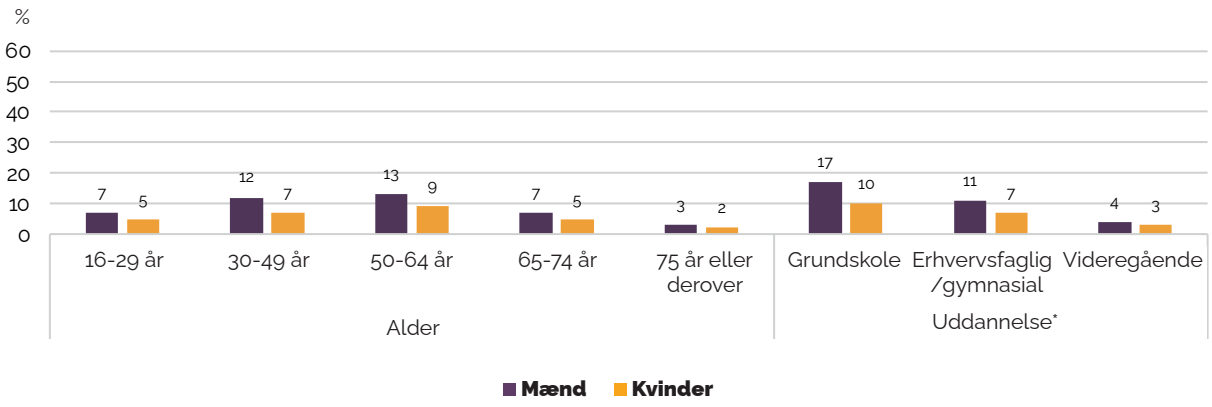
a) Personer, der tidligere har røget



b) Personer, der dagligt ryger færre end 15 cigaretter



c) Personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter



**Forekomst af personer, der ryger eller tidligere har røget, opdelt på uddannelse, er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Rygning og dødelighed

Der er årligt 15.920 ekstra dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, 8.416 blandt mænd og 7.504 blandt kvinder (tabel 6.1). Blandt mænd, der tidligere har røget, ses en relativ risiko for død på 1,39 i forhold til mænd, der aldrig har røget. Dette svarer til, at mænd, der tidligere har røget, har 39 % højere dødelighed end mænd, der aldrig har røget. Blandt kvinder, der tidligere har røget, er den relative risiko 1,53. Her skal det bemærkes, at den relative risiko for død er lavest for personer, der tidligere har røget, og højest for personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, i alle aldersgrupper. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd og kvinder på 75 år eller derover, der ryger eller tidligere har røget. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder, der ryger eller tidligere har røget, udgør henholdsvis 31 % og 28 % af alle dødsfald. Her skal det bemærkes, at andelen af alle dødsfald, der kan tilskrives rygning, overordnet set er den samme som i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2016 (30 %) (3), på trods af at ekstra antal dødsfald er højere i denne rapport. Dette skyldes, at der i Danmark er flere årlige dødsfald i dag end tidligere på grund af en voksende ældrebefolkning.

Tabel 6.1 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Relativ risiko (RR)*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	29	14	8	-	-	-	15.920	337	30
Mænd									
I alt blandt mænd	30	15	10	1,39	2,00	3,02	8.416	361	31
16-29 år	11	24	7	1,46	2,15	4,07	95	18	44
30-49 år	23	14	12	1,42	2,06	3,38	398	54	44
50-64 år	35	11	13	1,38	1,98	2,86	1.586	278	42
65-74 år	51	12	7	1,34	1,92	2,50	2.233	717	34
75 år eller derover	57	10	3	1,32	1,87	2,24	4.105	2.142	27
Kvinder									
I alt blandt kvinder	28	14	6	1,53	2,13	3,20	7.504	314	28
16-29 år	12	21	5	1,59	2,49	3,88	37	7	42
30-49 år	25	13	7	1,55	2,26	3,45	215	30	41
50-64 år	36	14	9	1,52	2,07	3,10	1.041	184	45
65-74 år	39	10	5	1,49	1,93	2,84	1.451	434	33
75 år eller derover	38	8	2	1,47	1,82	2,64	4.760	1.826	25

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Af tabel 6.1.1 fremgår forekomsten af personer, der henholdsvis tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter og dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, samt overdødelighed, præsenteret som den relative risiko samt ekstra antal dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget. Som i tabel 6.1 ses en højere relativ risiko med større rygemængde blandt både mænd og kvinder. Således har mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, den højeste relative risiko på henholdsvis 3,02 og 3,20 i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Det højeste ekstra antal dødsfald ses blandt personer, som tidligere har røget (7.907 ekstra dødsfald), hvilket udgør 50 % af alle ekstra dødsfald, der kan tilskrives rygning. På trods af, at den relative risiko for død er højest blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, ses det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer, der tidligere har røget, da forekomsten af denne gruppe er højest (29 %). Da gruppen af personer, der tidligere har røget, er så stor og udgør knap en tredjedel af befolkningen, vil dette dermed i sig selv resultere i et højt absolut antal dødsfald – også højere end i hver af de to grupper af personer, der ryger. Imidlertid viser den relative risiko, at risikoen for død er lavest blandt personer, der tidligere har røget, mens den højeste relative risiko ses blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere. Opgørelserne understreger dermed, at rygestop reducerer risikoen for død i forhold til personer, der fortsat ryger.

Tabel 6.1.1 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for død og ekstra antal dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	49	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	29	-	7.907	49
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	-	4.392	13
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	3.620	6
Mænd				
Har aldrig røget	45	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	30	1,39	3.851	50
Ryger dagligt <15 cigaretter	15	2,00	2.423	16
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	3,02	2.142	9
Kvinder				
Har aldrig røget	52	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	28	1,53	4.056	48
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	2,13	1.969	12
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	3,20	1.478	4

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til rygning

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt mænd og kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 6.2). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 1.283 og 452 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 16 % og 6 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.2 Forekomst af rygning, ekstra antal dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)				Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal dødsfald*	Antal*	Andel (%)*
I alt	34	12	8	15.100	1.734	11
Mænd						
I alt blandt mænd	36	12	10	8.095	1.283	16
Grundskole	39	14	17	3.512	733	21
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	36	12	11	3.443	550	16
Videregående uddannelse	32	11	4	1.139	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	33	12	7	7.005	452	6
Grundskole	34	14	10	4.068	312	8
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	33	13	7	2.037	140	7
Videregående uddannelse	32	10	3	901	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til rygning

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer, der henholdsvis ryger eller har røget i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd, der tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter eller dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, i gennemsnit henholdsvis 2,7 år, 6,1 år og 9,4 år kortere end mænd, der aldrig har røget (tabel 6.3). Kvinder, der tidligere har røget, dagligt ryger færre end 15 cigaretter eller dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, lever i gennemsnit henholdsvis 3,4 år, 5,7 år og 9,3 år kortere end kvinder, der aldrig har røget. Hvis rygning blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der ryger eller har røget, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 44 og 37 måneder (3,7 og 3,1 år) længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 56.829 tabte leveår blandt mænd og 34.343 blandt kvinder.

Tabel 6.3 Forskel i middellevetid blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder, der ryger eller tidligere har røget, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)			Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter		
Mænd	-2,7	-6,1	-9,4	44	56.829
Kvinder	-3,4	-5,7	-9,3	37	34.343

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Rygning og indlæggelser

Der er årligt 182.205 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, henholdsvis 93.849 blandt mænd og 88.357 blandt kvinder (tabel 6.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder, der ryger eller tidligere har røget, på 75 år eller derover. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, udgør henholdsvis 15 % og 14 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 6.4 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for somatisk indlæggelse, ekstra antal somatiske indlæggelser og andel af alle somatiske indlæggelser blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Relativ risiko (RR)*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser									
I alt	29	14	8	-	-	-	182.205	3.859	15
Mænd									
I alt blandt mænd	30	15	10	1,23	1,32	1,56	93.849	4.022	15
16-29 år	11	24	7	1,21	1,32	1,60	5.216	989	13
30-49 år	23	14	12	1,22	1,32	1,57	11.960	1.635	15
50-64 år	35	11	13	1,23	1,32	1,55	23.892	4.181	18
65-74 år	51	12	7	1,24	1,33	1,53	25.783	8.281	18
75 år eller derover	57	10	3	1,24	1,33	1,52	26.998	14.090	17
Kvinder									
I alt blandt kvinder	28	14	6	1,24	1,32	1,59	88.357	3.700	14
16-29 år	12	21	5	1,12	1,18	1,53	4.457	874	7
30-49 år	25	13	7	1,19	1,26	1,57	11.455	1.597	12
50-64 år	36	14	9	1,26	1,34	1,60	20.411	3.604	18
65-74 år	39	10	5	1,32	1,41	1,62	20.482	6.133	18
75 år eller derover	38	8	2	1,37	1,48	1,64	31.552	12.103	18

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

Der ses en højere relativ risiko for somatisk indlæggelse med større rygemængde blandt både mænd og kvinder (tabel 6.4.1). Således har mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, den højeste relative risiko for somatisk indlæggelse på henholdsvis 1,56 og 1,59, i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser ses blandt personer, som tidligere har røget (98.999 ekstra indlæggelser), hvilket udgør 54 % af ekstra antal somatiske indlæggelser, der kan tilskrives rygning. På trods af, at den relative risiko for somatisk indlæggelse er højest blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, ses det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer, der tidligere har røget, da forekomsten af denne gruppe er højest (29 %). Da gruppen af personer, der tidligere har røget, er så stor og udgør knap en tredjedel af befolkningen, vil dette dermed i sig selv resultere i et højt absolut antal somatiske indlæggelser – også højere end i hver af de to grupper af personer, der ryger. Imidlertid viser den relative risiko, at risikoen for somatisk indlæggelse er lavest blandt personer, der tidligere har røget, mens den højeste relative risiko ses blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere. Opgørelserne understreger dermed, at rygestop reducerer risikoen for somatiske indlæggelser i forhold til personer, der fortsat ryger.

Tabel 6.4.1 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for somatisk indlæggelse og ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	49	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	29	-	98.999	608
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	-	43.239	128
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	39.968	68
Mænd				
Har aldrig røget	45	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	30	1,23	49.456	636
Ryger dagligt <15 cigaretter	15	1,32	21.421	138
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	1,56	22.972	98
Kvinder				
Har aldrig røget	52	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	28	1,24	49.543	581
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	1,32	21.818	128
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	1,59	16.996	427

*Ref : Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til rygning

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole (tabel 6.5). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 14.503 og 7.866 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 17 % og 10 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.5 Forekomst af rygning, ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover i 2017.

	Forekomst (%)				Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal indlæggelser *	Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser						
I alt	34	12	8	169.479	22.369	13
Mænd						
I alt blandt mænd	36	12	10	87.050	14.503	17
Grundskole	39	14	17	33.129	8.077	24
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	36	12	11	39.450	6.426	16
Videregående uddannelse	32	11	4	14.471	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	33	12	7	82.429	7.866	10
Grundskole	34	14	10	38.159	4.774	13
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33	13	7	28.880	3.092	11
Videregående uddannelse	32	10	3	15.390	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 og 2017, og Landpatientregisteret (LPR).

Rygning og ambulante kontakter

Der er årligt 1.143.472 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, henholdsvis 531.983 blandt mænd og 611.489 blandt kvinder (tabel 6.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, på 75 år eller derover. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, der ryger eller tidligere har røget, udgør henholdsvis 10 % og 8 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Tabel 6.6 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for somatisk ambulant kontakt, ekstra antal somatiske ambulante kontakter og andel af alle somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Relativ risiko (RR)*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter									
I alt	29	14	8	-	-	-	1.143.472	24.217	9
Mænd									
I alt blandt mænd	30	15	10	1,18	1,13	1,21	531.983	22.798	10
16-29 år	11	24	7	1,17	1,15	1,17	29.741	5.637	6
30-49 år	23	14	12	1,18	1,14	1,19	77.237	10.558	8
50-64 år	35	11	13	1,19	1,13	1,22	145.817	25.520	10
65-74 år	51	12	7	1,19	1,12	1,24	159.936	51.368	12
75 år eller derover	57	10	3	1,20	1,11	1,25	119.252	62.238	12
Kvinder									
I alt blandt kvinder	28	14	6	1,17	1,14	1,21	611.489	25.603	8
16-29 år	12	21	5	1,08	1,07	1,17	31.015	6.082	3
30-49 år	25	13	7	1,13	1,11	1,20	112.802	15.725	6
50-64 år	36	14	9	1,19	1,16	1,22	187.540	33.117	10
65-74 år	39	10	5	1,23	1,19	1,24	150.459	45.049	11
75 år eller derover	38	8	2	1,27	1,22	1,26	129.673	49.740	12

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

Den højeste relative risiko for somatisk ambulante kontakter ses blandt personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter (tabel 6.6.1). Således ses der en relativ risiko for somatisk indlæggelse på 1,21 blandt mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter. Forskellen i den relative risiko for somatisk ambulante kontakter blandt rygegrupperne er dog generelt set ikke store og kan være udtryk for statistisk tilfældelighed. Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser ses blandt personer, som tidligere har røget (747.266 ekstra ambulante kontakter), hvilket udgør 65 % af ekstra antal somatiske indlæggelser, der kan tilskrives rygning. På trods af, at der ikke er store forskelle i den relative risiko for somatisk ambulante besøg, ses det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer, der tidligere har røget, da forekomsten af denne gruppe er højest (29 %).

Tabel 6.6.1 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for somatisk ambulant kontakt og ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	49	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	29	-	747.266	4.592
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	-	208.899	620
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	187.307	317
Mænd				
Har aldrig røget	45	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	30	1,18	351.974	4.527
Ryger dagligt <15 cigaretter	15	1,13	84.665	545
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	1,21	95.344	409
Kvinder				
Har aldrig røget	52	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	28	1,17	395.292	4.636
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	1,14	124.234	729
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	1,21	91.963	231

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til rygning

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 6.7). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 57.941 og 39.209 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 12 % og 7 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.7 Forekomst af rygning, ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)				Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal ambulante kontakter*	Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter						
I alt	34	12	8	1.056.621	97.149	9
Mænd						
I alt blandt mænd	36	12	10	489.132	57.941	12
Grundskole	39	14	17	153.224	28.879	19
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	36	12	11	233.026	29.062	12
Videregående uddannelse	32	11	4	102.882	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	33	12	7	567.489	39.209	7
Grundskole	34	14	10	199.216	20.671	10
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33	13	7	217.975	18.538	9
Videregående uddannelse	32	10	3	150.298	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 og 2017, og Landpatientregisteret (LPR).

Rygning og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 2.404.469 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, henholdsvis 1.131.064 blandt mænd og 1.273.405 blandt kvinder (tabel 6.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, på 75 år eller derover. Ekstra antal lægekontakter blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, udgør henholdsvis 7 % og 5 % af alle lægekontakter.

Tabel 6.8 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Relativ risiko (RR)*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal læge-kontakter*	Ekstra antal læge-kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle læge-kontakter (%)*
I alt	29	14	8	-	-	-	2.404.469	50.923	6
Mænd									
I alt blandt mænd	30	15	10	1,15	1,11	1,17	1.131.064	48.471	7
16-29 år	11	24	7	1,15	1,12	1,25	95.671	18.133	6
30-49 år	23	14	12	1,15	1,12	1,20	208.159	28.455	7
50-64 år	35	11	13	1,15	1,11	1,16	294.609	51.562	8
65-74 år	51	12	7	1,15	1,11	1,13	273.603	87.875	9
75 år eller derover	57	10	3	1,15	1,11	1,10	259.021	135.185	9
Kvinder									
I alt blandt kvinder	28	14	6	1,12	1,09	1,18	1.273.405	53.318	5
16-29 år	12	21	5	1,10	1,07	1,18	119.546	23.441	3
30-49 år	25	13	7	1,11	1,08	1,18	277.529	38.688	5
50-64 år	36	14	9	1,13	1,09	1,18	343.423	60.644	7
65-74 år	39	10	5	1,14	1,10	1,18	247.604	74.135	7
75 år eller derover	38	8	2	1,15	1,10	1,18	285.303	109.437	7

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Den højeste relative risiko for lægekontakter ses blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere (tabel 6.8.1). Således har mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, en relativ risiko for kontakt til alment praktiserende læge på henholdsvis 1,17 og 1,18 i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Forskellen i den relative risiko for lægekontakt blandt rygegrupperne er dog generelt set ikke stor og kan være et udtryk for statistisk tilfældighed. Det højeste antal lægekontakter ses blandt personer, som tidligere har røget (1.542.783 ekstra lægekontanter), hvilket udgør 64 % af ekstra antal lægekontakter, der kan tilskrives rygning.

Tabel 6.8.1 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for lægekontakt og ekstra antal lægekontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	49	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	29	-	1.542.783	9.480
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	-	436.388	1.294
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	425.299	721
Mænd				
Har aldrig røget	45	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	30	1,15	723.724	9.309
Ryger dagligt <15 cigaretter	15	1,11	205.022	1.319
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	1,17	202.318	867
Kvinder				
Har aldrig røget	52	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	28	1,12	819.059	9.607
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	1,09	231.366	1.357
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	1,18	222.981	560

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til rygning

Det højeste ekstra antal lægekontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 6.9). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 127.374 og 88.362 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 13 % og 8 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.9 Forekomst af rygning, ekstra antal lægekontakter blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, og ekstra lægekontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter		Antal*	Andel (%)*
I alt	34	12	8	2.139.293	215.736	10
Mænd						
I alt blandt mænd	36	12	10	1.007.988	127.374	13
Grundskole	39	14	17	336.169	65.916	20
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	36	12	11	467.054	61.458	13
Videregående uddannelse	32	11	4	204.764	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	33	12	7	1.131.305	88.362	8
Grundskole	34	14	10	421.211	45.350	11
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33	13	7	429.909	43.012	10
Videregående uddannelse	32	10	3	280.185	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Rygning og sygedage ved langvarigt sygefravær

Der er årligt 3.925.975 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, henholdsvis 1.847.843 blandt mænd og 2.078.132 blandt kvinder (tabel 6.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, på 75 år eller derover. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, udgør henholdsvis 19 % og 15 % af alle sygedage.

Tabel 6.10 Forekomst af rygning samt forskel i sygedage mellem personer, der ryger, tidligere har røget og aldrig har røget, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 18-64 år, 2017.

	Forekomst (%)			Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	26	14	8	-	-	-	3.925.975	159.514	17
Mænd									
I alt blandt mænd	26	14	10	-	-	-	1.847.843	141.807	19
18-29 år	13	24	9	1.081	1.265	3.788	201.431	78.947	16
30-49 år	23	14	10	1.550	2.625	5.943	816.498	130.845	19
50-64 år	35	10	11	1.967	3.833	7.857	829.913	195.891	20
Kvinder									
I alt blandt kvinder	27	14	6	-	-	-	2.078.132	179.438	15
18-29 år	15	21	5	2.024	2.664	8.811	255.628	126.821	18
30-49 år	25	13	5	2.280	3.993	10.088	933.717	162.799	14
50-64 år	36	12	7	2.508	5.174	11.223	888.787	232.071	17

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Den største forskel i antal sygedage i forhold til personer, der aldrig har røget, ses blandt personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere (tabel 6.10.1). Således har mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, henholdsvis 6.302 og 10.301 flere sygedage end mænd og kvinder, der aldrig har røget. Det højeste ekstra antal sygedage ses blandt personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter (1.529.051 ekstra antal sygedage), hvilket udgør 39 % af ekstra antal sygedage, der kan tilskrives rygning.

Tabel 6.10.1 Forekomst af rygning samt forskel i sygedage mellem personer, der ryger eller tidligere har røget, og personer, der aldrig har røget og ekstra antal sygedage blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 18-64 år, 2017.

	Forekomst (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	52	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	26	-	1.289.573	13.863
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	-	1.107.351	6.410
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	1.529.051	5.058
Mænd				
Har aldrig røget	50	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	26	1.628	555.113	11.298
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	2.851	464.597	5.092
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	6.302	828.133	6.482
Kvinder				
Har aldrig røget	53	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	27	2.323	734.460	17.380
Ryger dagligt <15 cigaretter	14	4.214	642.754	7.886
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	10.301	700.918	3.686

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistik-registeret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til rygning

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 6.11). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 487.836 og 379.123 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 31 % og 21 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygedage relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.11 Forekomst af rygning, ekstra antal sygedage og ekstra sygedage blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst (%)				Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal sygedage*	Antal*	Andel (%)*
I alt	29	12	8	3.334.312	866.959	26
Mænd						
I alt blandt mænd	28	12	10	1.567.646	487.836	31
Grundskole	32	13	21	382.332	203.060	53
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	29	12	12	814.408	284.776	35
Videregående uddannelse	25	11	4	370.906	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	30	12	6	1.766.666	379.123	21
Grundskole	33	16	13	308.738	140.291	45
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	31	14	8	803.983	238.832	30
Videregående uddannelse	29	10	3	653.945	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Rygning og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 1.792 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år, der ryger eller tidligere har røget, sammenlignet med personer, der aldrig har røget, henholdsvis 1.244 blandt mænd og 548 blandt kvinder (tabel 6.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal nytilkendte førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, i aldersgruppen 50-64 år eller derover. Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, udgør henholdsvis 46 % og 19 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 6.12 Forekomst af rygning samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 18-64 år, 2017.

	Forekomst (%)			Relativ risiko (RR)*					
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter	Ekstra antal førtids-pensioner*	Ekstra antal førtids-pensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtids-pensioner (%)*
I alt	23	16	8	-	-	-	1.792	54	32
Mænd									
I alt blandt mænd	23	16	10	1,28	1,88	2,58	1.244	73	46
18-29 år	11	24	7	0,72	1,10	1,73	6	1	4
30-49 år	23	14	11	1,18	1,74	2,44	227	32	27
50-64 år	35	11	12	1,82	2,62	3,31	1.010	209	59
Kvinder									
I alt blandt kvinder	24	15	6	1,06	1,48	2,34	548	34	19
18-29 år	12	21	4	0,97	1,24	2,37	12	2	10
30-49 år	25	13	7	1,05	1,44	2,34	128	19	15
50-64 år	35	13	8	1,13	1,64	2,31	408	93	21

**Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Der ses en højere risiko for nytilkendte førtidspensioner med større rygemængde blandt både mænd og kvinder (tabel 6.12.1). Således har mænd og kvinder, der dagligt ryger 15 cigaretter eller flere, den højeste relative risiko på henholdsvis 2,58 og 2,34, i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget. Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner ses endvidere blandt personer, som dagligt ryger 15 cigaretter eller derover (760 ekstra nytilkendte førtidspensioner), hvilket udgør 42 % af ekstra antal nytilkendte førtidspensioner, der kan tilskrives rygning.

Tabel 6.12.1 Forekomst af rygning, samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension og ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, 16-64 år, 2017.

	Forekomst (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 eksponerede personer*
I alt				
Har aldrig røget	53	-	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	23	-	497	3
Ryger dagligt <15 cigaretter	16	-	535	3
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	8	-	760	2
Mænd				
Har aldrig røget	51	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	23	1,28	406	5
Ryger dagligt <15 cigaretter	16	1,88	337	3
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	10	2,58	501	3
Kvinder				
Har aldrig røget	55	1	Ref.	Ref.
Har tidligere røget	24	1,06	91	1
Ryger dagligt <15 cigaretter	15	1,48	198	2
Ryger dagligt ≥15 cigaretter	6	2,34	259	1

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til rygning

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 6.13). Hvis forekomsten af personer, der ryger eller tidligere har røget, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 390 og 226 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 31 % og 38 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til rygning kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 6.13 Forekomst af rygning, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, og ekstra førtidspensioner i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst (%)			Ekstra antal førtids-pensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
	Har tidligere røget	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter		Antal*	Andel (%)*
I alt	29	13	9	1.858	617	33
Mænd						
I alt blandt mænd	28	12	11	1.269	390	31
Grundskole	30	15	22	596	248	42
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	29	12	13	551	142	26
Videregående uddannelse	26	11	4	123	Ref.	Ref.
Kvinder						
I alt blandt kvinder	30	13	7	589	226	38
Grundskole	31	18	15	271	141	52
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	30	14	9	238	85	36
Videregående uddannelse	29	10	3	80	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Rygning og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 6.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær på arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 13.235 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger til sundhedsvæsenet (11.213 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til medicin (1.135 mio. kr.), praksis (547 mio. kr.) og hjemmehjælp (547 mio. kr.).

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 33.865 mio. kr., og omkostningerne er samlet set større blandt mænd end blandt kvinder. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (18.461 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til tidlig død (9.701 mio. kr.) og nytilkendte førtidspensioner (5.703 mio. kr.).

Tabel 6.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer, der ryger eller tidligere har røget i forhold til personer, der aldrig har røget, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	547	11.213	1.135	341	13.235
Mænd					
I alt blandt mænd	257	5.770	588	-82	6.532
16-29 år	35	-350	0	0	-314
30-49 år	53	877	101	0	1.030
50-64 år	62	2.053	188	-200	2.104
65-74 år	59	1.835	170	42	2.106
75 år eller derover	48	1.354	129	76	1.607
Kvinder					
I alt blandt kvinder	289	5.444	547	423	6.703
16-29 år	44	-192	-21	0	-169
30-49 år	76	888	82	0	1.045
50-64 år	78	1.958	197	0	2.233
65-74 år	50	1.486	153	203	1.891
75 år eller derover	42	1.305	136	221	1.704

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	18.461	5.703	9.701	33.865
Mænd				
I alt blandt mænd	9.365	4.088	6.622	20.075
16-49 år	5.462	1.568	3.355	10.385
50-64 år	3.903	2.520	3.266	9689
Kvinder				
I alt blandt kvinder	9.096	1.615	3.079	13.790
16-49 år	5.508	758	1.374	7.640
50-64 år	3.588	857	1.705	6.150

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
2. Møller SP, Sørensen I, Christensen AI, Tolstrup JS. Risikofaktorer for udvalgte hjertesygdomme: Livsstil og psykosociale forhold. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2017.
3. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
4. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2019.
5. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med 2013;368(4):341-50.
6. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 2013;381(9861):133-41.
7. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328(7455):1519.
8. Green MJ. Potential biases when observing increased mortality risk in association with smoking cessation among older adults. Age Ageing 2021;50(4):1069-1070.
9. Juel K. Hjertekarsygdomme – En vurdering af rygningens betydning for dødelighed og nye tilfælde. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Hjerteforeningen, 2019.



7

Alkohol

7. Alkohol

I dette kapitel opgøres betydningen af alkohol for dødelighed, indlæggelser og ambulante kontakter ved en optælling af alkoholrelaterede dødsårsager og diagnoser i relevante registre. Det vil sige, at resultater for disse opgørelser er et udtryk for en direkte sammenhæng mellem alkohol og byrdemålet. For de øvrige byrdemål anvendes selvrapporterede oplysninger om alkoholforbrug til at estimere den ekstra byrde blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge. For eksempel belyses, hvor mange ekstra kontakter til alment praktiserende læge, der ses blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

På baggrund af en optælling af alkoholrelaterede dødsårsager og diagnoser er der årligt:
- 2.465 dødsfald
- 22.851 og 7.141 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 24.770 somatiske indlæggelser
- 8.027 psykiatriske indlæggelser
- 41.968 somatiske ambulante kontakter
- 74.427 psykiatriske ambulante kontakter

Tabet i befolkningens middellevetid relateret til alkohol er 11 måneder og 5 måneder for henholdsvis mænd og kvinder.

Forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er faldet fra 25 % i 2010 til 18 % i 2017. I 2017 er forekomsten 26 % blandt mænd og 10 % blandt kvinder. Blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, er der årligt:
- 138.217 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 122.954 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 137 ekstra nytilkendte førtidspensioner

De årlige samfundsøkonomiske omkostninger relateret til alkohol er:
- 432 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 4.704 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alkoholrelateret dødelighed samt alkoholrelaterede indlæggelser og ambulante kontakter ses der social ulighed, hvor andelen af ekstra tilfælde er højere blandt personer med kortere uddannelse. For lægekontakter, sygedage ved langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner ses en omvendt social ulighed, idet andelen af ekstra tilfælde, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er lavere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem alkoholforbrug og lægekontakter, sygedage og førtidspension, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.

Introduktion

Et højt alkoholforbrug øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme, herunder alkoholforgiftning, alkoholafhængighed, leversygdomme, visse kræftformer (for eksempel kræft i mundhule, svælg, strubehoved, spiserør, lever, tyk- og endetarm samt bryst), muskel- og skeletsygdomme og fosterpåvirkning samt tidlig død (1-5). Dertil kan et højt alkoholforbrug føre til en lang række psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt øge risikoen for arbejdsløshed, ulykker, vold og selvmord (2, 4, 6-8). Både mængden af alkoholforbruget og drikkemønsteret kan have betydning for helbredskonsekvenserne, og der er store sundhedsmæssige gevinster ved at nedsætte alkoholforbruget, særligt for de direkte alkoholrelaterede sygdomme (3, 9).

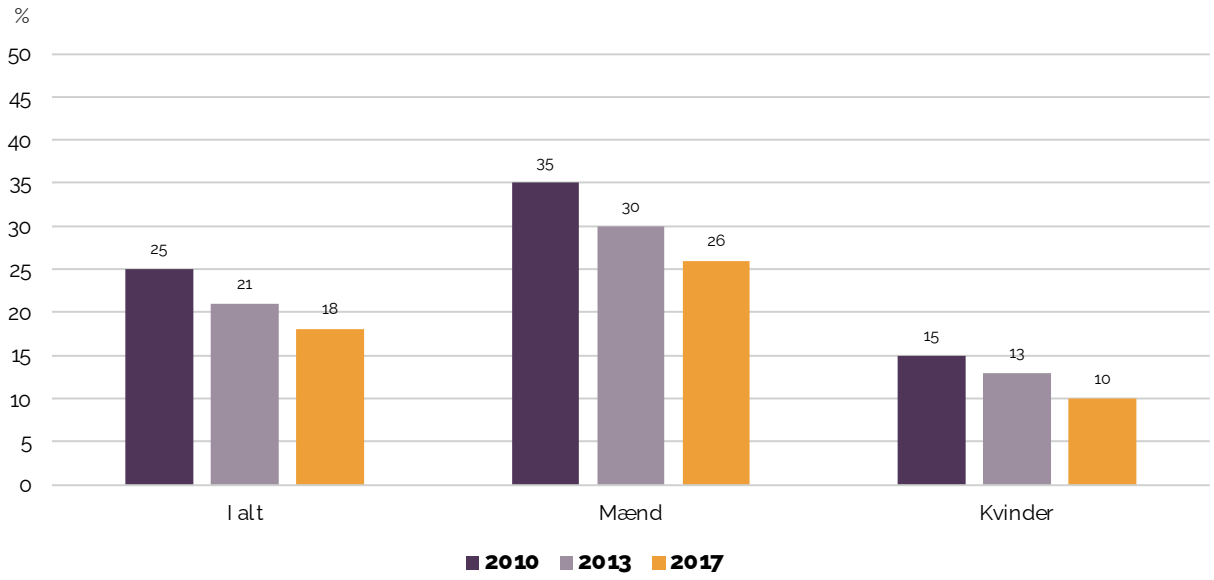
I denne rapport opgøres betydningen af alkoholforbrug for dødelighed (ekstra antal dødsfald, middellevetid og tabte leveår), indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske) på baggrund af registeroplysninger. Således anvendes en direkte optælling af alkoholrelaterede dødsårsager og diagnoser fra relevante registre. Der anvendes både tilgrundliggende og medvirkende årsager samt aktions- og bidiagnoser. Det skal dog bemærkes, at ikke alle dødsfald og kontakter til sundhedsvæsenet er 100 % forårsaget af alkohol, og der kan være en lang række andre medvirkende årsager. Dertil kan der være en forskel mellem underrapportering og misklassifikation for somatiske indlæggelser og somatiske ambulante kontakter. De inkluderede ICD-10 diagnoser kan ses i afsnit 4.1.3. For de resterende byrdemål, det vil sige kontakter til alment praktiserende læge, sygedage ved langvarigt sygefravær og nytilkendte førtidspensioner anvendes et mål for alkoholforbrug, der tager afsæt i Sundhedsstyrelsens udmelding om at drikke højst 10 genstande i løbet af en typisk uge for både kvinder og mænd (10, 11). Eksponeringsgruppen består således af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Referencegruppen består af personer, der drikker alkohol, men som drikker mellem 1-10 genstande om ugen. Personer, der ikke har drukket alkohol i løbet af de sidste 12 måneder, indgår ikke i analyserne (se afsnit 4.1.3 for en detaljeret beskrivelse af definitionen).

Resultaterne for kontakter til praktiserende læge, sygedage og førtidspension er ikke udelukkende et udtryk for en direkte sammenhæng mellem alkoholforbrug og de tre byrdemål. Det er derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster. Samtidig kan det ikke konkluderes, om sammenhængen mellem alkoholforbrug og de tre byrdemål er kausal. Der kan være faktorer, som påvirker nogle personers alkoholforbrug, der samtidig også påvirker risikoen for lægekontakter, sygedage og førtidspensioner. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel døjer med kroniske smerter på grund af sygdom, kan det påvirke og øge alkoholforbruget. Samtidigt kan sygdommen, som giver smerterne, føre til flere sygedage og førtidspension.

Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, faldet fra 25 % til 18 % (figur 7.1). Forekomsten er generelt set højere blandt mænd (26 % i 2017) end blandt kvinder (10 % i 2017).

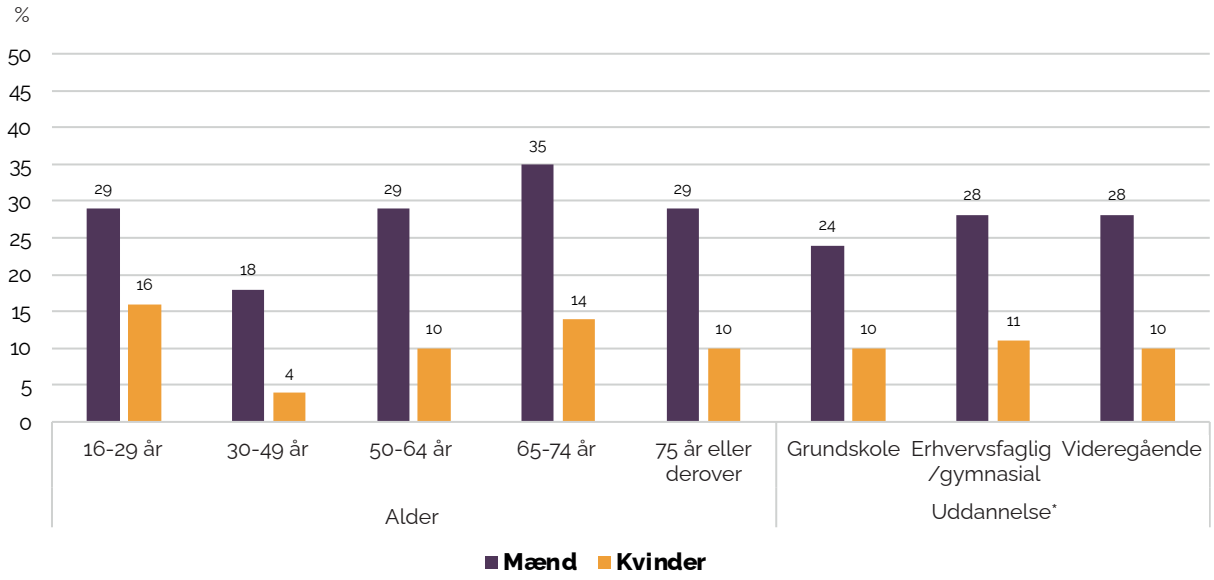
Figur 7.1 Udvikling i forekomst (%) af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Den højeste forekomst af mænd, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses i aldersgruppen 65-74 år. Blandt kvinder ses den højeste forekomst i aldersgrupperne 16-29 år og 65-74 år. For begge køn ses den laveste forekomst i aldersgruppen 30-49 år (figur 7.2). Blandt mænd ses en lavere forekomst blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse end blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Modsat er der blandt kvinder overordnet set ikke forskel i forekomsten på tværs af uddannelsesgrupperne. Det skal dog bemærkes, at der er uddannelsesmæssige forskelle, hvis opgørelserne foretages opdelt på alder (12). For både mænd og kvinder på 65 år eller derover er forekomsten højere med længere uddannelse. Modsat er der ingen uddannelsesmæssige forskelle i forekomsten blandt mænd og kvinder i alderen 30-64 år (data ikke vist i denne rapport, men vist i Jensen et al. 2018 (13)).

Figur 7.2 Forekomst (%) af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge opdelt på uddannelse, er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Alkohol og dødelighed

Der er årligt 2.465 dødsfald relateret til alkohol, henholdsvis 1.821 blandt mænd og 644 blandt kvinder (tabel 7.1). Når der tages højde for antallet af personer i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af dødsfald relateret til alkohol højest i de tre ældste aldersgrupper, det vil sige blandt personer på 50 år eller derover. Dødsfald relateret til alkohol udgør 7 % og 2 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 7.1 Antal alkoholrelaterede dødsfald og andel af alle dødsfald, 16 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Antal dødsfald	Antal dødsfald per 100.000 personer	Andel af alle dødsfald (%)
I alt	2.465	53	5
Mænd			
I alt blandt mænd	1.821	79	7
16-29 år	11	2	5
30-49 år	188	26	19
50-64 år	802	144	20
65-74 år	590	191	9
75 år eller derover	230	126	2
Kvinder			
I alt blandt kvinder	644	27	2
16-29 år	2	0	2
30-49 år	50	7	9
50-64 år	270	48	11
65-74 år	209	64	5
75 år eller derover	113	45	1

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Social ulighed i alkoholrelaterede dødsfald

Det højeste antal dødsfald relateret til alkohol ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.2). Hvis andelen af alkoholrelaterede dødsfald i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 822 og 194 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 47 % og 32 % af alle alkoholrelaterede dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til alkohol kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 7.2 Antal alkoholrelaterede dødsfald og ekstra alkoholrelaterede dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

			Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Antal dødsfald	Antal dødsfald per 100.000 personer	Antal	Andel (%)
I alt	2.350	67	1.016	43
Mænd				
I alt blandt mænd	1.734	101	822	47
Grundskole	702	176	454	65
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	795	100	367	46
Videregående uddannelse	237	46	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	616	34	194	32
Grundskole	290	62	134	46
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	217	32	60	28
Videregående uddannelse	109	17	Ref.	Ref.

Ref.: Referencegruppe.
Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Middellevetid og tabte leveår relateret til alkohol

Alkoholrelaterede dødsfald medfører et tab i befolkningens middellevetid på 11 måneder blandt mænd og 5 måneder blandt kvinder, hvis den tabte levetid fordeles ud på hele befolkningen (tabel 7.3). De samme dødsfald giver anledning til 22.851 tabte leveår blandt mænd og 7.141 blandt kvinder.

Tabel 7.3 Tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af alkoholrelaterede dødsfald blandt mænd og kvinder, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)	Tabte leveår
Mænd	11	22.851
Kvinder	5	7.141

Datakilde: Dødsårsagsregisteret.

Alkohol og indlæggelser

Der er årligt 24.770 somatiske indlæggelser relateret til alkohol, henholdsvis 17.805 blandt mænd og 6.965 blandt kvinder (tabel 7.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 50-64 år og 65-74 år. Somatiske indlæggelser relateret til alkohol udgør 3 % og 1 % af alle somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Der er årligt 8.027 psykiatriske indlæggelser relateret til alkohol, henholdsvis 5.485 blandt mænd og 2.542 blandt kvinder (tabel 7.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 30-49 år og 50-64 år. Psykiatriske indlæggelser relateret til alkohol udgør 21 % og 10 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 7.4 Antal alkoholrelaterede indlæggelser og andel af alle indlæggelser, 16 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Antal indlæggelser	Antal indlæggelser per 100.000 personer	Andel af alle indlæggelser (%)
Somatiske indlæggelser			
I alt	24.770	525	2
Mænd			
I alt blandt mænd	17.805	764	3
16-29 år	747	140	2
30-49 år	4.548	619	6
50-64 år	8.133	1.453	6
65-74 år	3.464	1.109	2
75 år eller derover	913	482	1
Kvinder			
I alt blandt kvinder	6.965	292	1
16-29 år	458	90	1
30-49 år	1.482	205	1
50-64 år	3.113	556	3
65-74 år	1.438	435	1
75 år eller derover	474	180	<1
Psykiatriske indlæggelser			
I alt	8.027	170	15
Mænd			
I alt blandt mænd	5.485	235	21
16-29 år	490	92	7
30-49 år	2.558	348	24
50-64 år	2.065	369	34
65-74 år	327	105	19
75 år eller derover	46	24	5
Kvinder			
I alt blandt kvinder	2.542	107	10
16-29 år	268	53	3
30-49 år	1.021	141	13
50-64 år	991	177	19
65-74 år	225	68	11
75 år eller derover	37	14	2

Datakilder: Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i alkoholrelaterede indlæggelser

Det højeste antal somatiske indlæggelser relateret til alkohol ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.5). Hvis andelen af alkoholrelaterede, somatiske indlæggelser i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 7.600 og 1.955 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 47 % og 31 % af alle alkoholrelaterede, somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i alkoholrelaterede, somatiske indlæggelser kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste antal psykiatriske indlæggelser relateret til alkohol ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.5). Hvis andelen af alkoholrelaterede, psykiatriske indlæggelser i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 2.403 og 751 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 51 % og 34 % af alle alkoholrelaterede, psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i alkoholrelaterede, psykiatriske indlæggelser kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 7.5 Antal alkoholrelaterede indlæggelser og ekstra alkoholrelaterede indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Antal indlæggelser	Antal indlæggelser per 100.000 personer	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
Somatiske indlæggelser				
I alt	22.496	636	9.555	42
Mænd				
I alt blandt mænd	16.232	941	7.600	47
Grundskole	6.503	1.607	4.352	67
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7.355	918	3.248	44
Videregående uddannelse	2.374	458	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	6.264	345	1.955	31
Grundskole	2.517	530	1.227	49
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2.406	348	728	30
Videregående uddannelse	1.341	207	Ref.	Ref.
Psykiatriske indlæggelser				
I alt	6.874	194	3.154	46
Mænd				
I alt blandt mænd	4.670	271	2.403	51
Grundskole	2.138	529	1.626	76
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1.861	232	777	42
Videregående uddannelse	671	130	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	2.204	121	751	34
Grundskole	830	175	478	58
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	846	123	273	32
Videregående uddannelse	528	81	Ref.	Ref.

Ref: Referencegruppe.
Datakilder: Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Alkohol og ambulante kontakter

Der er årligt 41.968 somatiske ambulante kontakter relateret til alkohol, henholdsvis 29.076 blandt mænd og 12.893 blandt kvinder (tabel 7.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 50-64 år og 65-74 år. Alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter blandt både mænd og kvinder udgør mindre end 1 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 74.427 psykiatriske ambulante kontakter relateret til alkohol, henholdsvis 49.581 blandt mænd og 24.846 blandt kvinder (tabel 7.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 30-49 år og 50-64 år. Alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder udgør henholdsvis 8 % og 3 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 7.6 Antal alkoholrelaterede ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter, 16 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Antal ambulante kontakter	Antal ambulante kontakter per 100.000 personer	Andel af alle ambulante kontakter (%)
Somatiske ambulante kontakter			
I alt	41.968	890	<1
Mænd			
I alt blandt mænd	29.076	1.247	<1
16-29 år	910	170	<1
30-49 år	4.702	640	<1
50-64 år	13.550	2.421	1
65-74 år	8.073	2.586	1
75 år eller derover	1.841	972	<1
Kvinder			
I alt blandt kvinder	12.893	540	<1
16-29 år	791	155	<1
30-49 år	1.800	249	<1
50-64 år	6.058	1.083	<1
65-74 år	3.310	1.000	<1
75 år eller derover	934	355	<1
Psykiatriske ambulante kontakter			
I alt	74.427	1.578	5
Mænd			
I alt blandt mænd	49.581	2.127	8
16-29 år	5.765	1.079	3
30-49 år	23.465	3.192	9
50-64 år	16.895	3.018	14
65-74 år	2.763	885	9
75 år eller derover	693	366	3
Kvinder			
I alt blandt kvinder	24.846	1.041	3
16-29 år	3.584	702	1
30-49 år	9.357	1.295	3
50-64 år	9.169	1.639	7
65-74 år	2.215	669	5
75 år eller derover	522	199	1

Datakilder: Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i alkoholrelaterede ambulante kontakter

Det højeste antal alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.7). Hvis andelen af alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 10.465 og 3.363 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 38 % og 29 % af alle alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i alkoholrelaterede, somatiske ambulante kontakter kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste antal alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.7). Hvis andelen af alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 22.359 og 7.428 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 54 % og 36 % af alle alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i alkoholrelaterede, psykiatriske ambulante kontakter kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 7.7 Antal alkoholrelaterede ambulante kontakter og ekstra alkoholrelaterede ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, årligt gennemsnit, 2016-2018.

	Antal ambulante kontakter	Antal ambulante kontakter per 100.000 personer	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal	Andel (%)
Somatiske ambulante kontakter				
I alt	1.099	38.902	13.828	36
Mænd				
I alt blandt mænd	27.204	1.578	10.465	38
Grundskole	9.442	2.334	5.105	54
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13.300	1.659	5.360	40
Videregående uddannelse	4.462	861	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	11.699	645	3.363	29
Grundskole	4.422	931	1.800	41
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.803	695	1.562	33
Videregående uddannelse	2.474	381	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter				
I alt	1.752	62.015	29.787	48
Mænd				
I alt blandt mænd	41.261	2.393	22.359	54
Grundskole	18.737	4.631	14.396	77
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16.944	2.114	7.964	47
Videregående uddannelse	5.581	1.077	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	20.754	1.144	7.428	36
Grundskole	7.679	1.618	4.434	58
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	8.262	1.196	2.993	36
Videregående uddannelse	4.812	741	Ref.	Ref.

Ref.: Referencegruppe.
Datakilder: Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Alkohol og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 138.217 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, sammenlignet med personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, henholdsvis 118.286 blandt mænd og 19.931 blandt kvinder (tabel 7.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i de to ældste aldersgrupper, det vil sige personer på 65 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, udgør henholdsvis 1 % og mindre end 1 % af alle lægekontakter. De negative antal og andele, der ses blandt kvinder i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år, er et udtryk for, at der er færre lægekontakter blandt kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, end blandt kvinder, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 7.8 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer*	Andel af alle lægekontakter (%)*
I alt	18		138.217	2.927	<1
Mænd					
I alt blandt mænd	26	1,03	118.286	5.069	1
16-29 år	29	1,04	19.694	3.733	1
30-49 år	18	1,04	19.151	2.618	1
50-64 år	28	1,03	31.761	5.559	1
65-74 år	35	1,03	28.402	9.122	1
75 år eller derover	28	1,02	19.278	10.061	1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	10	1,01	19.931	835	<1
16-29 år	16	0,98	-12.043	-2.361	<1
30-49 år	4	1,00	-899	-125	<1
50-64 år	10	1,01	6.047	1.068	<1
65-74 år	14	1,03	12.118	3.628	<1
75 år eller derover	9	1,04	14.708	5.642	<1

**Opgørelserne er opgjort for personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til alkohol

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.9). Der ses en omvendt social ulighed i ekstra antal lægekontakter relateret til alkohol. Det ses ved, at de antal ekstra lægekontakter, der ville være, hvis forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, er negative blandt både mænd og kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Det vil sige, at der årligt ville have været 17.429 og 17.431 flere lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til henholdsvis 18 % og 57 % flere lægekontakter blandt mænd og kvinder.

Tabel 7.9 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af typisk uge, ekstra antal lægekontakter blandt personer, der drikker mere end 10 genstande på i løbet typisk uge, og ekstra antal lægekontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	17	126.363	-34.860	-28
Mænd				
I alt blandt mænd	26	95.621	-17.429	-18
Grundskole	24	24.135	-10.015	-41
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	26	45.059	-7.414	-16
Videregående uddannelse	27	26.426	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	9	30.742	-17.431	-57
Grundskole	8	9.633	-12.826	-133
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	11.956	-4.605	-39
Videregående uddannelse	10	9.152	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Alkohol og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive mænd i alderen 18-64 år er der årligt 146.237 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær blandt dem, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til dem, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge (tabel 7.10). Blandt kvinder er der 23.283 færre sygedage. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt erhvervsaktive mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i alderen 50-64 år. Ekstra sygedage blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, udgør henholdsvis 2 % og mindre end 1 % af alle sygedage. De negative antal og andele, der ses blandt kvinder i alt og i aldersgrupperne 18-29 år og 30-49 år, er et udtryk for, at der er færre sygedage blandt kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge end blandt kvinder, som drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 7.10 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, samt forskel i antal sygedage per 1.000, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	16	-	122.954	4.996	1
Mænd					
I alt blandt mænd	23	-	146.237	11.222	2
18-29 år	27	161,7	11.340	4.444	1
30-49 år	18	448,5	50.241	8.051	1
50-64 år	28	703,5	84.656	19.982	2
Kvinder					
I alt blandt kvinder	8	-	-23.283	-2.010	<1
18-29 år	12	-1.082,3	-25.392	-12.598	-2
30-49 år	4	-357,9	-9.062	-1.580	<1
50-64 år	10	285,9	11.171	2.917	<1

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til alkohol

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt mænd og kvinder med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse (tabel 7.11). Der ses en omvendt social ulighed i ekstra antal sygedage relateret til alkohol. Det ses ved, at de antal ekstra sygedage, der ville være, hvis forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, er negative blandt både mænd og kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Det vil sige, at der årligt ville have været 4.280 og 607 flere sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til henholdsvis 3 % og 27 % flere sygedage blandt mænd og kvinder.

Tabel 7.11 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ekstra antal sygedage blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og ekstra antal sygedage i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Ekstra antal sygedage*	Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	16	133.180	-4.887	-4
Mænd				
I alt blandt mænd	23	130.895	-4.280	-3
Grundskole	24	21.932	-1.261	-6
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23	63.925	-3.019	-5
Videregående uddannelse	22	45.037	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	7	2.286	-607	-27
Grundskole	8	1.158	-136	-12
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6	1.241	-471	-38
Videregående uddannelse	7	-113	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.

Alkohol og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 137 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, sammenlignet med personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, henholdsvis 96 blandt mænd og 41 blandt kvinder (tabel 7.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal nytilkendte førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i alderen 50-64 år. Ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, udgør henholdsvis 4 % og 1 % af alle nytilkendte førtidspensioner. De negative antal og andele, der ses blandt personer i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år, er et udtryk for, at der er færre nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, end blandt personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 7.12 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtidspensioner (%)*
I alt	17	-	137	4	2
Mænd					
I alt blandt mænd	24	0,98	96	6	4
18-29 år	30	0,64	-20	-4	-12
30-49 år	18	0,93	-11	-2	-1
50-64 år	28	1,28	127	26	7
Kvinder					
I alt blandt kvinder	9	0,91	41	2	1
18-29 år	16	0,51	-10	-2	-8
30-49 år	4	0,84	-6	-1	-1
50-64 år	10	1,30	57	13	3

**Opgørelserne er opgjort for personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til alkohol

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 7.13). Der ses en omvendt social ulighed i ekstra antal nytilkendte førtidspensioner relateret til alkohol. Det ses ved, at de antal ekstra førtidspensioner, der ville være, hvis forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, er negative blandt både mænd og kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse. Det vil sige, at der årligt ville have været 13 og 8 flere nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til henholdsvis 12 % og 16 % flere nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

Tabel 7.13 Forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og ekstra antal nytilkendte førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse blandt personer på 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der drikker >10 genstande/uge (%)	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	15	156	-20	-13
Mænd				
I alt blandt mænd	23	108	-13	-12
Grundskole	24	37	-7	-19
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23	53	-6	-11
Videregående uddannelse	22	18	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	7	48	-8	-16
Grundskole	8	17	-3	-19
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6	19	-4	-23
Videregående uddannelse	7	13	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Det Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Alkohol og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 7.14 viser de ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær på arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 432 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør en større sum (471 mio. kr.) end de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet. Ekstra omkostninger til medicin og hjemmehjælp er henholdsvis -20 og -21 mio. kr., hvilket vil sige, at der bliver brugt færre penge på medicin og hjemmehjælp blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, end blandt personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge.

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 4.704 mio. kr. Omkostninger relateret til tidlig død udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (3.953 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til langvarigt sygefravær (668 mio. kr.) og nytilkendte førtidspensioner (83 mio. kr.).

Tabel 7.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsenet samt tabt produktion relateret til alkohol, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	2	471	-20	-21	432
Mænd					
I alt blandt mænd	1	330	-20	-5	306
16-29 år	-2	14	-10	0	2
30-49 år	0	105	-5	0	100
50-64 år	1	154	-4	28	179
65-74 år	1	49	-1	-13	36
75 år eller derover	1	8	0	-20	-11
Kvinder					
I alt blandt kvinder	2	141	0	-15	128
16-29 år	-3	8	-10	0	-5
30-49 år	0	39	-1	0	38
50-64 år	1	67	3	6	77
65-74 år	2	23	5	-10	20
75 år eller derover	1	5	4	-12	-2

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	668	83	3.953	4.704
Mænd				
I alt blandt mænd	732	70	3.209	4.011
16-49 år	333	-253	1.347	1.427
50-64 år	398	322	1.861	2.581
Kvinder				
I alt blandt kvinder	-64	14	745	695
16-49 år	-109	-108	278	61
50-64 år	45	122	467	634

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forhold til personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger relateret til tidlig død og sygehus er opgjort ud fra en direkte optælling af alkoholrelaterede diagnoser i Landspatientregisterets afregningsdata (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol-brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1.oplag. København: Munksgaard, 2016.
2. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OS, 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.
3. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk, MK, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2020.
4. Hviid S, Holst C, Becker U, Tolstrup J. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2021.
5. Sundhedsstyrelsen. Notat: Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol. Sagsnr. 03-0900-167. Sundhedsstyrelsen, 2022.
6. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: Ulykker, selvskade og selvmord. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. 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.
8. Hjarnaa L, Hviid S, Becker U, Laursen B, Tolstrup S. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge - Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistre. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2020.
9. Eliasen M, Becker U, Grønbæk 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.
10. Sundhedsstyrelsen. 10-4 – Sundhedsstyrelsen melder nye genstandsgrænser ud. Sundhedsstyrelsen, 2022 [Tilgået oktober 2022: www.sst.dk/da/Nyheder/2022/10-4-Sundhedsstyrelsen-melder-nye-genstandsgraenser-ud].
11. Sundhedsstyrelsen. Alkohol. Sundhedsstyrelsen, 2022 [Tilgået oktober 2022: www.sst.dk/da/Viden/Alkohol].
12. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
13. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2022.


300g/m²
140 lb
12
A3
29,7 cm x 42 cm
11.7 in x 16.5 in
Grain fin
Se corrige facilement
Cold pressed
Easy to correct
Grano fino
Fácil corrección

8

Stillesiddende fritidsaktivitet

8. Stillesiddende fritidsaktivitet

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet. For eksempel belyses, hvor mange ekstra kontakter til alment praktiserende læge, der ses blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet, i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet.

Forekomsten af stillesiddende fritidsaktivitet er steget fra 13 % i 2010 til 17 % i 2017. I 2017 er forekomsten den samme blandt mænd og kvinder.

Mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet lever i gennemsnit henholdsvis 3,7 år og 3,6 år kortere end mænd og kvinder med fysisk aktiv fritidsaktivitet. Der ses et tab i befolkningens middellevetid, som er relateret til stillesiddende fritidsaktivitet, på 10 måneder og 11 måneder blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet, i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, er der årligt:

- 4.654 ekstra dødsfald
- 10.982 og 5.555 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 50.937 ekstra somatiske indlæggelser
- 2.692 ekstra psykiatriske indlæggelser
- 248.615 ekstra somatiske ambulante kontakter
- 109.204 ekstra psykiatriske ambulante kontakter
- 665.090 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 571.534 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 505 ekstra nytilkendte førtidspensioner
- 6.238 mio. kr. ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 6.845 mio. kr. ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem stillesiddende fritidsaktivitet og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet, i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at dårligt mentalt helbred fører til stillesiddende fritidsaktivitet og ikke omvendt.

Introduktion

Fysisk inaktivitet, her målt som stillesiddende fritidsaktivitet, øger risikoen for en række tilstande og sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft samt tidlig død (1-5). Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet for risikoen for tidlig død ses blandt både mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel svær overvægt (6).

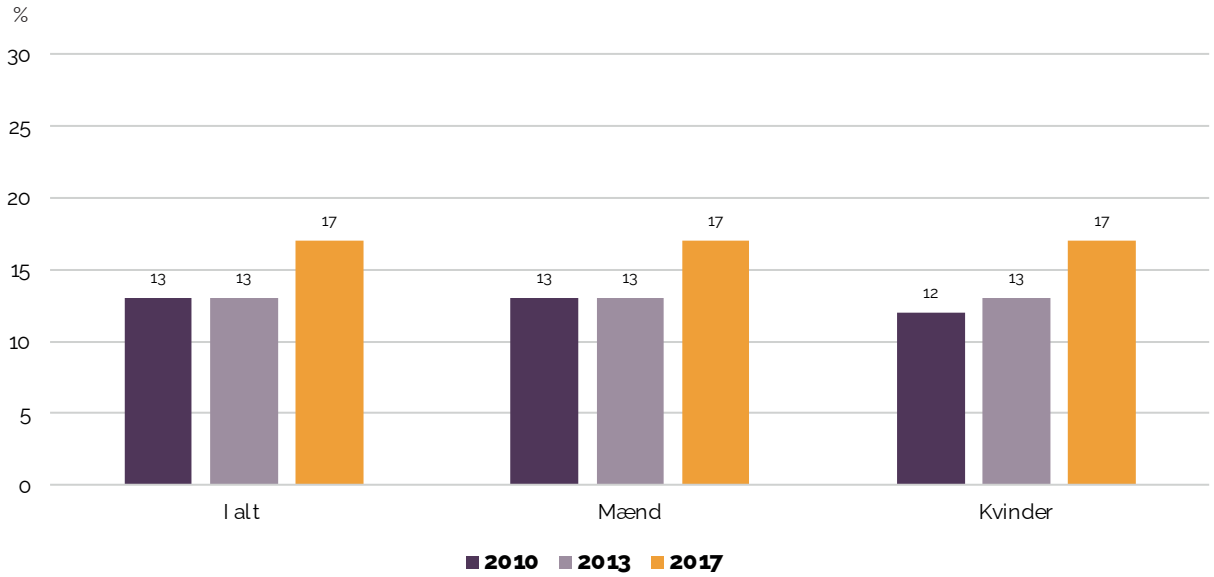
Stillesiddende fritidsaktivitet defineres ud fra spørgsmål om fysisk aktivitetsniveau i fritiden, ved spørgsmålsformuleringen: 'Hvis du ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?' med svarkategorierne: 'Træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer per uge', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer per uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' og 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse' (7-9). I denne rapport kategoriseres gruppen 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse' som eksponeringsgruppe for stillesiddende fritidsaktivitet, mens personer i de øvrige tre svarkategorier kategoriseres som personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet og placeres i referencegruppen (se afsnit 4.1.4 for en detaljeret beskrivelse af definitionen).

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem stillesiddende fritidsaktivitet og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet, i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, når der er taget højde for undersøgelsesår, uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster. Samtidig kan det ikke på baggrund af disse opgørelser konkluderes, om sammenhængen mellem stillesiddende fritidsaktivitet og de forskellige byrdemål er kausal. Der kan være faktorer, som påvirker personers fysiske aktivitetsniveau i fritiden, der samtidig også påvirker eksempelvis dødeligheden og risikoen for indlæggelser og førtidspension. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel døjer med kroniske smerter på grund af sygdom, kan det gå ud over niveauet af fysisk aktivitet. Samtidig kan sygdom føre til flere indlæggelser, førtidspension og eventuelt tidlig død. For byrdemålene omhandlende psykiatriske kontakter med sundhedsvæsenet er det plausibelt at antage, at eksisterende dårlig mentalt helbred i mange tilfælde fører til stillesiddende fritidsaktivitet og samtidig øger risikoen for psykiatriske kontakter. I disse tilfælde kan man ikke tilskrive den ekstra byrde direkte til stillesiddende fritidsaktivitet, men derimod underliggende faktorer, såsom sygdom, dårligt mental helbred eller andet.

Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af stillesiddende fritidsaktivitet steget fra 13 % til 17 %, hvilket udelukkende skyldes en stigning mellem 2013 og 2017 for begge køn (figur 8.1). Forekomsten er i 2017 overordnet ens blandt mænd og kvinder (begge 17 %).

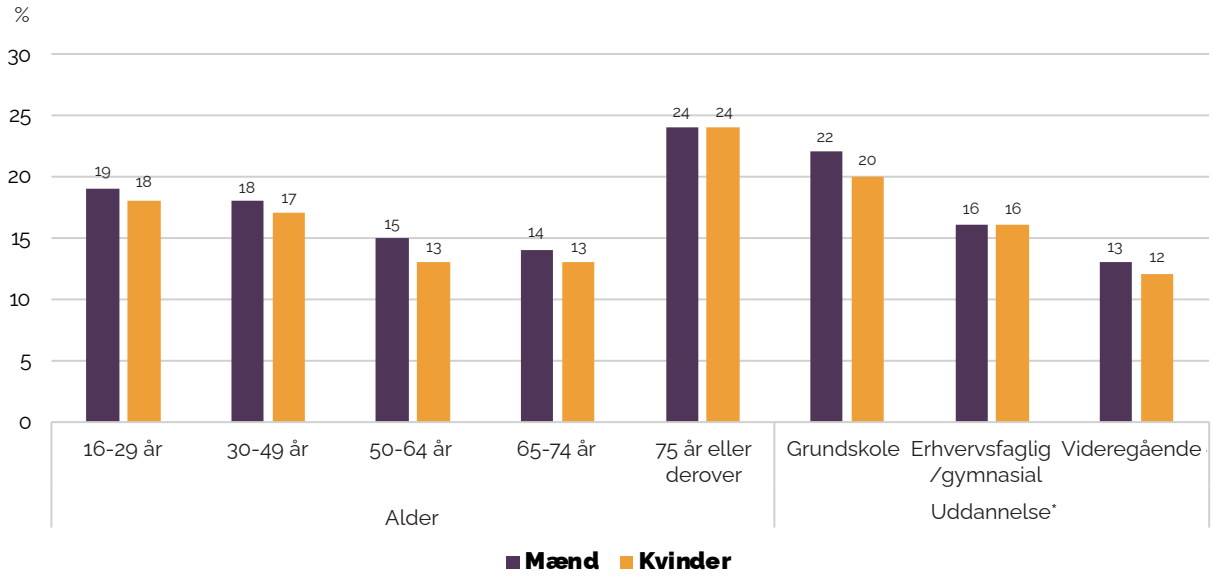
Figur 8.1 Udvikling i forekomst (%) af stillesiddende fritidsaktivitet, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Blandt både mænd og kvinder ses den højeste forekomst af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i aldersgruppen 75 år eller derover (figur 8.2). Dertil er forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en videregående uddannelse.

Figur 8.2 Forekomst (%) af stillesiddende fritidsaktivitet, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet opdelt på uddannelse er opgjort blandt personer 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Stillesiddende fritidsaktivitet og dødelighed

Der er årligt 4.654 ekstra dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 2.044 blandt mænd og 2.610 blandt kvinder (tabel 8.1). Blandt mænd med stillesiddende fritidsaktivitet ses en relativ risiko for død på 1,54 i forhold til mænd med fysisk aktiv fritidsaktivitet, hvilket svarer til, at mænd med stillesiddende fritidsaktivitet har 54 % højere dødelighed end mænd med fysisk aktiv fritidsaktivitet. Blandt kvinder er den relative risiko 1,49. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet på 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 8 % og 10 % af alle dødsfald.

Tabel 8.1 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	17	-	4.654	99	9
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,54	2.044	88	8
16-29 år	19	1,72	26	5	12
30-49 år	18	1,61	90	12	10
50-64 år	15	1,51	273	48	7
65-74 år	14	1,44	389	125	6
75 år eller derover	24	1,38	1.267	661	8
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,49	2.610	109	10
16-29 år	18	1,44	7	1	7
30-49 år	17	1,47	39	5	7
50-64 år	13	1,50	143	25	6
65-74 år	13	1,52	283	85	6
75 år eller derover	24	1,54	2.138	820	11

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 8.2). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 405 og 710 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 21 % og 29 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.2 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	16	4.407	1.114	25
Mænd				
I alt blandt mænd	17	1.955	405	21
Grundskole	22	914	267	29
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	783	137	18
Videregående uddannelse	13	259	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	2.452	710	29
Grundskole	20	1.598	547	34
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	639	162	25
Videregående uddannelse	12	215	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med og uden stillesiddende fritidsaktivitet i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således er den forventede restlevetid blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i gennemsnit henholdsvis 3,7 år og 3,6 år kortere end blandt mænd og kvinder med fysisk aktiv fritidsaktivitet (tabel 8.3). Hvis stillesiddende fritidsaktivitet blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der har stillesiddende fritidsaktivitet, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 10 måneder og 11 måneder længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 10.982 tabte leveår blandt mænd og 5.555 blandt kvinder.

Tabel 8.3 Forskel i middellevetid blandt personer med og uden stillesiddende fritidsaktivitet, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-3,7	10	10.982
Kvinder	-3,6	11	5.555

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Stillesiddende fritidsaktivitet og indlæggelser

Der er årligt 50.937 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 27.864 blandt mænd og 23.073 blandt kvinder (tabel 8.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet på 75 år eller derover. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 5 % og 4 % af alle somatiske indlæggelser.

Der er årligt 2.692 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 2.564 blandt mænd og 129 blandt kvinder (tabel 8.4). Det skal her bemærkes, at antallet af psykiatriske indlæggelser er markant større blandt mænd end blandt kvinder på trods af, at forekomsten af stillesiddende fritidsaktivitet er relativt ens blandt mænd og kvinder. Denne forskel kan primært forklares på baggrund af en forskel blandt mænd og kvinder i den relative risiko for psykiatrisk indlæggelse. Blandt mænd med stillesiddende fritidsaktivitet ses en relativ risiko på over 1 i forhold til mænd med fysisk aktiv fritidsaktivitet, hvilket betyder, at mænd med stillesiddende fritidsaktivitet har en højere risiko for psykiatrisk indlæggelse end mænd med fysisk aktiv fritidsaktivitet. Blandt kvinder i aldersgrupperne 16-49 år er den relative risiko under 1, hvilket betyder, at kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i denne aldersgruppe har en lavere risiko for psykiatrisk indlæggelse i forhold til kvinder med fysisk aktiv fritidsaktivitet. Forskellen i den relative risiko mellem mænd og kvinder kan skyldes en reel forskel, altså at stillesiddende fritidsaktivitet har en større betydning for psykiatrisk indlæggelse blandt mænd end blandt kvinder i alderen 16-49 år. En anden mulighed er, at stillesiddende fritidsaktivitet i højere grad for mænds end for 16-49-årige kvinders vedkommende er en indikator for andre faktorer af betydning for psykiatrisk indlæggelse, som for eksempel sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter.

Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske indlæggelser højest blandt mænd med stillesiddende fritidsaktivitet i alderen 16-49 år og blandt kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 10 % og <1 % af alle psykiatriske indlæggelser. Det negative antal og den negative andel, der ses blandt kvinder i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år, er et udtryk for, at der er færre psykiatriske indlæggelser blandt kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet end blandt kvinder med fysisk aktiv fritidsaktivitet i denne aldersgruppe.

Tabel 8.4 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	17	-	50.937	1.175	5
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,31	27.864	1.194	5
16-29 år	19	1,34	2.317	439	6
30-49 år	18	1,32	4.171	570	5
50-64 år	15	1,30	5.808	1.017	4
65-74 år	14	1,29	5.715	1.836	4
75 år eller derover	24	1,28	9.853	5.142	6
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,22	23.073	966	4
16-29 år	18	1,15	1.638	321	3
30-49 år	17	1,19	3.094	431	3
50-64 år	13	1,23	3.252	574	3
65-74 år	13	1,26	3.779	1.132	3
75 år eller derover	24	1,29	11.309	4.338	6
Psykiatriske indlæggelser					
I alt	17	-	2.692	57	5
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,56	2.564	110	10
16-29 år	19	1,78	815	154	13
30-49 år	18	1,64	1.109	152	10
50-64 år	15	1,52	463	81	7
65-74 år	14	1,43	106	34	6
75 år eller derover	24	1,36	71	37	8
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,19	129	5	<1
16-29 år	18	0,66	-596	-117	-7
30-49 år	17	0,95	-66	-9	-1
50-64 år	13	1,31	206	36	4
65-74 år	13	1,71	190	57	9
75 år eller derover	24	2,13	396	152	21

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt mænd med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole (tabel 8.5). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 5.305 og 5.792 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 21 % og 28 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 8.5). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 513 og 181 færre psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 28 % og 26 % af alle ekstra psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.5 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal indlæggelser blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser				
I alt	16	45.839	11.097	24
Mænd				
I alt blandt mænd	17	24.909	5.305	21
Grundskole	22	10.277	3.374	33
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	10.730	1.931	18
Videregående uddannelse	13	3.901	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	20.931	5.792	28
Grundskole	20	10.999	4.010	36
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	6.867	1.782	26
Videregående uddannelse	12	3.064	Ref.	Ref.
Psykiatriske indlæggelser				
I alt	16	2.522	694	28
Mænd				
I alt blandt mænd	17	1.818	513	28
Grundskole	22	1.117	424	38
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	530	88	17
Videregående uddannelse	13	171	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	705	181	26
Grundskole	20	371	124	33
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	222	57	26
Videregående uddannelse	12	112	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Stillesiddende fritidsaktivitet og ambulante kontakter

Der er årligt 248.615 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 143.345 blandt mænd og 105.271 blandt kvinder (tabel 8.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 3 % og 1 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 109.204 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 63.662 blandt mænd og 45.541 blandt kvinder (tabel 8.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 13 % og 6 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 8.6 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt relativ risiko (RR) for ambulant kontakt, ekstra antal ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter					
I alt	17	-	248.615	5.265	2
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,17	143.345	6.143	3
16-29 år	19	1,21	17.530	3.322	4
30-49 år	18	1,19	31.042	4.243	3
50-64 år	15	1,17	34.453	6.030	2
65-74 år	14	1,15	28.795	9.248	2
75 år eller derover	24	1,14	31.525	16.453	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,09	105.271	4.408	1
16-29 år	18	1,05	10.104	1.981	1
30-49 år	17	1,07	23.601	3.290	1
50-64 år	13	1,09	21.910	3.869	1
65-74 år	13	1,11	18.917	5.664	1
75 år eller derover	24	1,12	30.739	11.791	3
Psykiatriske ambulante kontakter					
I alt	17	-	109.204	2.313	9
Mænd					
I alt blandt mænd	17	2,00	63.662	2.728	13
16-29 år	19	1,93	21.524	4.079	15
30-49 år	18	1,98	26.243	3.587	15
50-64 år	15	2,02	10.924	1.912	13
65-74 år	14	2,05	2.505	805	13
75 år eller derover	24	2,08	2.467	1.287	20
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,46	45.541	1.907	6
16-29 år	18	1,39	18.589	3.645	7
30-49 år	17	1,43	16.527	2.304	7
50-64 år	13	1,47	5.591	987	6
65-74 år	13	1,50	1.677	502	6
75 år eller derover	24	1,52	3.157	1.211	11

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole (tabel 8.7). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 25.065 og 22.858 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 21 % og 25 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 8.7). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 9.941 og 6.022 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 24 % og 23 % af alle ekstra psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i psykiatriske ambulante kontakter relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.7 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra antal ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter				
I alt	16	212.504	47.923	23
Mænd				
I alt blandt mænd	17	121.205	25.065	21
Grundskole	22	42.363	14.914	35
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	55.453	10.151	18
Videregående uddannelse	13	23.389	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	91.299	22.858	25
Grundskole	20	36.809	13.883	38
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	34.253	8.975	26
Videregående uddannelse	12	20.237	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter				
I alt	16	68.552	15.963	23
Mænd				
I alt blandt mænd	17	42.006	9.941	24
Grundskole	22	21.111	7.579	36
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	15.057	2.362	16
Videregående uddannelse	13	5.838	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	26.546	6.022	23
Grundskole	20	10.624	3.690	35
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	10.235	2.331	23
Videregående uddannelse	12	5.687	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Stillesiddende fritidsaktivitet og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 665.090 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 309.857 blandt mænd og 355.234 blandt kvinder (tabel 8.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet på 75 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør 2 % af alle lægekontakter. De angivne relative risici for lægekontakter blandt mænd fremstår ens på tværs af aldersgrupper på grund af afrundinger. Forskellen i ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer på tværs af aldersgrupper blandt mænd skyldes derfor primært forskelle i prævalensen af stillesiddende fritidsaktivitet.

Tabel 8.8 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer*	Andel af alle lægekontakter (%)*
I alt	17	-	665.090	14.086	2
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,13	309.857	13.279	2
16-29 år	19	1,13	37.159	7.043	2
30-49 år	18	1,13	65.593	8.967	2
50-64 år	15	1,13	67.832	11.872	2
65-74 år	14	1,13	55.143	17.711	2
75 år eller derover	24	1,13	84.129	43.907	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	1,09	355.234	14.874	2
16-29 år	18	1,05	34.306	6.727	1
30-49 år	17	1,08	72.259	10.073	1
50-64 år	13	1,10	61.723	10.900	1
65-74 år	13	1,12	55.022	16.474	2
75 år eller derover	24	1,13	131.923	50.603	3

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole (tabel 8.9). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 55.047 og 81.083 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 21 % og 26 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra lægekontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.9 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal lægekontakter blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra lægekontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	16	573.761	136.130	24
Mænd				
I alt blandt mænd	17	263.327	55.047	21
Grundskole	22	98.217	33.828	34
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	115.956	21.219	18
Videregående uddannelse	13	49.154	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	310.435	81.083	26
Grundskole	20	140.181	52.175	37
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	110.815	28.908	26
Videregående uddannelse	12	59.439	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Stillesiddende fritidsaktivitet og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive i alderen 18-64 år er der årligt 571.534 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 250.981 blandt mænd og 320.553 blandt kvinder (tabel 8.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 30-49 år. Ekstra sygedage blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 3 % og 2 % af alle sygedage.

Tabel 8.10 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt forskel i antal sygedage mellem personer med stillesiddende og fysisk aktiv fritidsaktivitet, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	15	-	571.534	23.222	2
Mænd					
I alt blandt mænd	16	-	250.981	19.261	3
18-29 år	17	-388	-16.740	-6.561	-1
30-49 år	17	1.118	118.577	19.002	3
50-64 år	14	2.456	149.144	35.204	4
Kvinder					
I alt blandt kvinder	15	-	320.553	27.678	2
18-29 år	16	1.485	47.663	23.647	3
30-49 år	16	1.841	168.500	29.379	2
50-64 år	13	2.157	104.390	27.257	2

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.*

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt personer med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 8.11). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 49.692 og 39.679 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20 % og 15 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygefravær relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.11 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal sygedage blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra sygedage i forhold til erhvervsaktive personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal sygedage*	Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	15	510.071	89.371	18
Mænd				
I alt blandt mænd	16	252.521	49.692	20
Grundskole	21	56.661	22.890	40
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	126.370	26.802	21
Videregående uddannelse	13	69.490	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	14	257.550	39.679	15
Grundskole	16	34.751	10.695	31
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	116.367	28.984	25
Videregående uddannelse	12	106.432	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Stillesiddende fritidsaktivitet og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 505 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år med stillesiddende fritidsaktivitet sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, henholdsvis 299 blandt mænd og 206 blandt kvinder (tabel 8.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet udgør henholdsvis 11 % og 7 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 8.12 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtids-pensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtids-pensioner (%)*
I alt	17	-	505	15	9
Mænd					
I alt blandt mænd	17	1,91	299	17	11
18-29 år	18	2,52	36	7	22
30-49 år	18	1,99	124	17	15
50-64 år	15	1,61	139	29	8
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,57	206	13	7
18-29 år	18	1,73	14	3	12
30-49 år	17	1,60	80	12	9
50-64 år	13	1,48	113	26	6

**Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til stillesiddende fritidsaktivitet

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet ses blandt mænd med grundskole og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 8.13). Hvis forekomsten af personer med stillesiddende fritidsaktivitet i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 71 og 43 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 26 % og 22 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til stillesiddende fritidsaktivitet kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 8.13 Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af stillesiddende fritidsaktivitet (%)	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	15	464	114	25
Mænd				
I alt blandt mænd	16	271	71	26
Grundskole	21	138	50	36
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	109	21	19
Videregående uddannelse	13	25	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	15	193	43	22
Grundskole	17	76	23	30
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	85	20	24
Videregående uddannelse	13	32	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.*
Datakilder: Det Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Stillesiddende fritidsaktivitet og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 8.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær på arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 6.238 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (4.549 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp (1.080 mio. kr.) og medicin (415 mio. kr.), mens ekstra omkostninger til praksissektoren udgør den mindste del af de samlede ekstra omkostninger til sundhedsvæsenet (195 mio. kr.).

Der er i alt ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til stillesiddende fritidsaktivitet på 6.845 mio. kr., og omkostningerne er samlet set større blandt mænd end blandt kvinder. Ekstra omkostninger til langvarigt sygefravær udgør den største andel (2.795 mio. kr.) af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion. Herefter følger ekstra omkostninger relateret til nytilkendte førtidspensioner (2.214 mio. kr.) og tidlig død (1.836 mio. kr.).

Tabel 8.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	195	4.549	415	1.080	6.238
Mænd					
I alt blandt mænd	103	2.395	227	509	3.233
16-29 år	13	-115	-10	0	-113
30-49 år	29	528	50	0	607
50-64 år	26	730	69	42	867
65-74 år	17	561	53	172	802
75 år eller derover					
Kvinder					
I alt blandt kvinder	92	2.154	188	571	3.005
16-29 år	23	-146	-20	0	-144
30-49 år	29	400	32	0	461
50-64 år	17	552	50	25	644
65-74 år	10	485	45	157	697
75 år eller derover	13	862	81	390	1.346

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	2.795	2.214	1.836	6.845
Mænd				
I alt blandt mænd	1.376	1.462	1.352	4.190
16-49 år	675	1.115	790	2.580
50-64 år	701	348	562	1.611
Kvinder				
I alt blandt kvinder	1.419	752	484	2.655
16-49 år	998	516	250	1.764
50-64 år	421	236	234	891

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og kostmønster.
Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO, 2020.
2. U.S. department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd edition. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.
3. Moore SC, Lee I-M, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, et al. Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. JAMA Intern Med 2016;176(6):816-25.
4. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet 2012;380(9838):219-29.
5. Pedersen B, Andersen L. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
6. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: Sundhedsstyrelsen; 2016 [Tilgået september 2022: https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet.
7. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
8. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
9. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.



9

Usundt kostmønster

9. Usundt kostmønster

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer med usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster. For eksempel belyses, hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra indlæggelser, der ses blandt personer med usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster.

Forekomsten af personer, der har et usundt kostmønster, er steget fra 13 % i 2010 til 16 % i 2017. I 2017 er forekomsten 20 % blandt mænd og 12 % blandt kvinder.

Mænd og kvinder med et usundt kostmønster lever henholdsvis 2,5 og 2,4 år kortere end mænd og kvinder med et sundt eller mellemsundt kostmønster. Tabet i befolkningens middellevetid er 4 måneder blandt både mænd og kvinder.

Blandt personer med usundt kostmønster, i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, er der årligt:

- 1.382 ekstra dødsfald
- 8.587 og 3.813 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 11.441 ekstra somatiske indlæggelser
- 389.348 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 1.732 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 3.646 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem usundt kostmønster og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med usundt kostmønster, i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at sygdom fører til et usundt kostmønster og ikke omvendt, samtidigt med at sygdom kan føre til indlæggelser.

Byrdemålene somatiske kontakter, kontakter til praktiserende læge og nytilkendte førtidspensioner er udeladt i dette kapitel på grund af meget få tilfælde, som kan tilskrives usundt kostmønster. Dertil opgøres byrden af psykiatriske indlæggelser og psykiatriske ambulante kontakter ikke, da det vurderes, at der ikke er en kausal sammenhæng mellem usundt kostmønster og psykiatriske kontakter.

Introduktion

Et kostmønster kan ses som et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige kvalitet, altså hvor sund kosten vurderes at være. Et usundt kostmønster (som for eksempel et lavt indtag af frugt, grøntsager og fisk eller et højt indtag af sukker og mættet fedt) kan være en medvirkede årsag til udvikling af en række tilstande og sygdomme, herunder forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, flere former for kræft (for eksempel tyk- og endetarmskræft, mavekræft) og muskelskeletsygdomme (1, 2). Når der foretages opgørelser, hvor der ses på et usundt kostmønster, fokuseres der ikke på én enkelt kostkomponent, da det som udgangspunkt ikke er muligt at vurdere, om en fødevare eller kostkomponent i sig selv er sund eller usund. Derimod vil opgørelser over en persons kostmønster over en længere periode i højere grad kunne belyse kostens generelle ernæringsmæssige kvalitet og sundhed, da det er kombinationen, frekvensen og sammensætningen af alle kostens fødevarer og komponenter, som samlet set påvirker en persons ernæringsmæssige sundhedstilstand.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem et usundt kostmønster og de forskellige byrdemål. Derimod omfatter resultaterne en opgørelse over, hvor mange ekstra tilfælde der ses blandt personer med et usundt kostmønster, i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet. På baggrund af disse opgørelser kan det imidlertid ikke konkluderes, om sammenhængen mellem et usundt kostmønster og de forskellige byrdemål er kausal. Der kan være faktorer, som påvirker personers kostmønster, der samtidig også påvirker for eksempel risikoen for indlæggelse og ambulante kontakter. Disse faktorer kan være sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel døjer med kroniske smerter eller tager medicin på grund af sygdom, kan det påvirke appetitten og dermed kostindtaget. Samtidig kan sygdommen føre til flere indlæggelser, ambulante kontakter og eventuelt tidlig død.

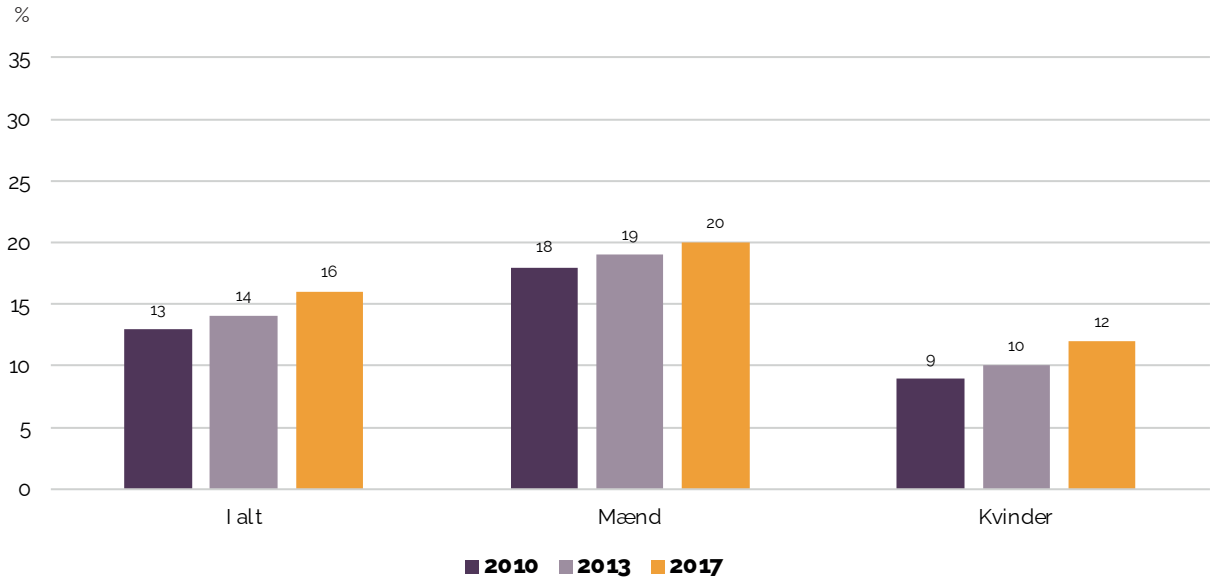
I denne rapport defineres et usundt kostmønster på baggrund af selvrapporterede oplysninger om generelt indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, hvorefter en samlet score på 1-9 point udregnes for hver person (3). Scoren opdeles i tre kostmønstergrupper, hvor en højere score indikerer et sundere kostmønster: Sundt kostmønster (7-9 point), mellemsundt kostmønster (4-6 point) og usundt kostmønster (1-3 point) (3). I denne rapport defineres usundt kostmønster som personer med en score på 1-3 point, mens et sundt eller mellemsundt kostmønster defineres som personer med en score på 4-9 point (se afsnit 4.1.5 for en detaljeret beskrivelse af definitionen). Byrdemålene somatiske kontakter, kontakter til praktiserende læge og nytilkendte førtidspensioner er udeladt i dette kapitel på grund af meget få tilfælde, som kan tilskrives usundt kostmønster. Dertil opgøres psykiatriske indlæggelser og psykiatriske ambulante kontakter ikke, da det vurderes, at der ikke er en kausal sammenhæng mellem usundt kostmønster og psykiatriske kontakter.

Forekomst af usundt kostmønster

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af personer med et usundt kostmønster steget fra 13 % til 16 %.

Forekomsten er generelt højere blandt mænd (20 % i 2017) end blandt kvinder (12 % i 2017).

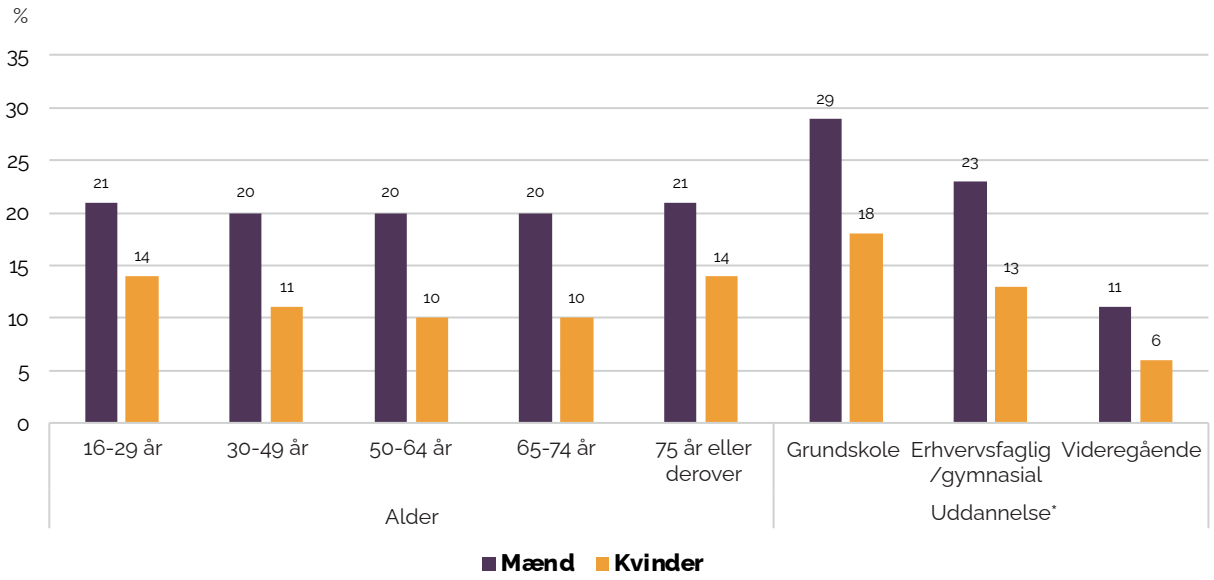
Figur 9.1 Udvikling i forekomst (%) af usundt kostmønster, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Blandt mænd ses ingen forskel i forekomsten af et usundt kostmønster på tværs af aldersgrupper, hvorimod forekomsten blandt kvinder er højest i aldersgrupperne 16-29 år og 75 år eller derover (figur 9.2). Forekomsten af personer med et usundt kostmønster er lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en videregående uddannelse.

Figur 9.2 Forekomst af usundt kostmønster blandt mænd og kvinder, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomst af usundt kostmønster opdelt på uddannelse er opgjort blandt personer 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Usundt kostmønster og dødelighed

Der er årligt 1.382 ekstra dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster sammenlignet med personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, henholdsvis 555 blandt mænd og 827 blandt kvinder (tabel 9.1). Det skal her bemærkes, at antallet af dødsfald er større blandt kvinder end blandt mænd på trods af, at forekomsten af et usundt kostmønster er højere blandt mænd end blandt kvinder. Forskellen i antal dødsfald kan primært forklares på baggrund af en forskel i den relative risiko for død. Blandt mænd med et usundt kostmønster ses en relativ risiko på 1,34 i forhold til mænd med et sundt eller mellemsundt kostmønster, hvilket svarer til, at mænd med et usundt kostmønster har 34 % højere dødelighed end mænd med et sundt eller mellemsundt kostmønster. Blandt kvinder er den relative risiko 1,47. Forskellen i den relative risiko blandt mænd og kvinder kan enten skyldes en reel forskel, altså at et usundt kostmønster har en større betydning for dødelighed blandt kvinder end blandt mænd, eller at et usundt kostmønster i højere grad er et udtryk for andre faktorer, der har betydning for dødelighed blandt kvinder end blandt mænd.

Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd med et usundt kostmønster i aldersgruppen 65-74 år og blandt kvinder med et usundt kostmønster i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med et usundt kostmønster udgør henholdsvis 2 % og 3 % af alle dødsfald.

Tabel 9.1 Forekomst af usundt kostmønster samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	16	-	1.382	6	3
Mænd					
I alt blandt mænd	21	1,34	555	24	2
16-29 år	21	1,76	30	6	14
30-49 år	20	1,49	81	11	9
50-64 år	20	1,28	206	36	5
65-74 år	20	1,13	166	53	3
75 år eller derover	21	1,02	72	38	0
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	1,47	827	35	3
16-29 år	14	1,79	9	2	10
30-49 år	11	1,59	31	4	6
50-64 år	10	1,42	95	17	4
65-74 år	10	1,30	134	40	3
75 år eller derover	14	1,21	558	214	3

**Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Ulighed i ekstra dødsfald relateret til usundt kostmønster

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 9.2). Hvis forekomsten af personer med et usundt kostmønster i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 297 og 437 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 53 % og 54 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til et usundt kostmønster kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 9.2 Forekomst af usundt kostmønster, ekstra antal dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

			Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Ekstra antal dødsfald*	Antal*	Andel (%)*
I alt	16	1.366	733	54
Mænd				
I alt blandt mænd	20	559	297	53
Grundskole	30	271	169	62
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23	246	128	52
Videregående uddannelse	10	42	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	11	807	437	54
Grundskole	17	540	326	60
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	12	217	111	51
Videregående uddannelse	5	50	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til usundt kostmønster

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med et usundt kostmønster og med et sundt eller mellemsundt kostmønster i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd og kvinder med et usundt kostmønster i gennemsnit henholdsvis 2,5 år og 2,4 år kortere end mænd og kvinder med et sundt eller mellemsundt kostmønster (tabel 9.3). Hvis usundt kostmønster blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der har et usundt kostmønster, ville mænd og kvinder leve 4 måneder længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 8.587 tabte leveår blandt mænd og 3.813 blandt kvinder.

Tabel 9.3 Forskel i middellevetid blandt personer med et usundt kostmønster og personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med et usundt kostmønster, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-2,5	4	8.587
Kvinder	-2,4	4	3.813

**Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Usundt kostmønster og indlæggelser

Der er årligt 11.441 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med et usundt kostmønster sammenlignet med personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, henholdsvis 5.235 blandt mænd og 6.206 blandt kvinder (tabel 9.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt personer med et usundt kostmønster i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med usundt kostmønster udgør 1 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 9.4 Forekomst af usundt kostmønster samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	16	-	11.441	242	1
Mænd					
I alt blandt mænd	21	1,05	5.235	224	1
16-29 år	21	1,05	371	70	1
30-49 år	20	1,05	701	96	1
50-64 år	20	1,05	1.263	221	1
65-74 år	20	1,05	1.311	421	1
75 år eller derover	21	1,05	1.588	829	1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	1,11	6.206	260	1
16-29 år	14	1,19	1.629	319	3
30-49 år	11	1,14	1.464	204	1
50-64 år	10	1,10	1.134	200	1
65-74 år	10	1,07	827	248	1
75 år eller derover	14	1,05	1.152	442	1

**Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til usundt kostmønster

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med et usundt kostmønster ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 9.5). Hvis forekomsten af personer med et usundt kostmønster i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 2.446 og 2.705 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 49 % og 57 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til usundt kostmønster kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 9.5 Forekomst af usundt kostmønster, ekstra antal indlæggelser blandt personer med usundt kostmønster og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

			Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Ekstra antal indlæggelser*	Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser				
I alt	16	9.772	5.151	53
Mænd				
I alt blandt mænd	20	4.989	2.446	49
Grundskole	30	2.161	1.273	59
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23	2.321	1.172	51
Videregående uddannelse	10	507	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	11	4.783	2.705	57
Grundskole	17	2.446	1.657	68
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	12	1.804	1.048	58
Videregående uddannelse	5	533	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Usundt kostmønster og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive i alderen 18-64 år er der årligt 389.348 ekstra sygedage blandt personer med usundt kostmønster sammenlignet med personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, henholdsvis 256.211 blandt mænd og 133.136 blandt kvinder (tabel 9.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 18-29 år. Ekstra sygedage blandt mænd og kvinder med usundt kostmønster udgør henholdsvis 3 % og 1 % af alle sygedage.

Tabel 9.10 Forekomst af usundt kostmønster samt forskel i sygedage mellem personer med et usundt kostmønster og personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer med et usundt kostmønster forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Forskel i sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	15	-	389.348	15.819	2
Mænd					
I alt blandt mænd	19	-	256.211	19.662	3
18-29 år	21	2,3	127	50	<1
30-49 år	19	962,9	111.243	17.827	4
50-64 år	19	1.816,7	144.841	34.188	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	10	-	133.136	11.496	1
18-29 år	13	922,0	24.740	12.274	2
30-49 år	9	1.193,4	63.249	11.028	1
50-64 år	8	1.434,6	45.148	11.789	1

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.*

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til usundt kostmønster

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer med et usundt kostmønster ses blandt personer med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 9.11). Hvis forekomsten af personer med et usundt kostmønster i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 133.392 og 49.734 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 53 % og 47 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygefravær relateret til et usundt kostmønster kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 9.11 Forekomst af usundt kostmønster, ekstra antal sygedage blandt personer med et usundt kostmønster og ekstra sygedage i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

			Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af usundt kostmønster (%)	Ekstra antal sygedage*	Antal*	Andel (%)*
I alt	14	357.227	183.126	51
Mænd				
I alt blandt mænd	19	252.301	133.392	53
Grundskole	31	66.306	46.550	70
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23	145.177	86.841	60
Videregående uddannelse	9	40.818	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	9	104.926	49.734	47
Grundskole	16	21.897	15.919	73
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	12	55.886	33.815	61
Videregående uddannelse	5	27.143	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.

Usundt kostmønster og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 9.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 1.732 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (1.266 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp (518 mio. kr.) og medicin (36 mio. kr.). Ekstra omkostninger i praksissektoren er -88 mio. kr., hvilket vil sige, at der bliver brugt færre penge i praksissektoren blandt personer med et usundt kostmønster end blandt personer med et sundt kostmønster.

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 3.646 mio. kr., og omkostningerne er samlet set større blandt mænd end blandt kvinder. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør den største del af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (1.928 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til tidlig død (1.571 mio. kr.) og nykendte førtidspensioner (147 mio. kr.).

Tabel 9.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	-88	1.266	36	518	1.732
Mænd					
I alt blandt mænd	-67	438	-23	182	530
16-29 år	8	-269	-12	0	-273
30-49 år	-12	4	-9	0	-17
50-64 år	-25	250	-3	-5	216
65-74 år	-20	241	0	85	305
75 år eller derover	-17	213	1	102	299
Kvinder					
I alt blandt kvinder	-22	828	60	336	1.202
16-29 år	17	-11	3	0	9
30-49 år	1	159	12	0	172
50-64 år	-10	226	15	49	280
65-74 år	-12	193	13	104	298
75 år eller derover	-18	261	17	183	443

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	1.928	147	1.571	3.646
Mænd				
I alt blandt mænd	1.355	42	1.192	2.589
16-29 år	674	93	767	1.534
50-64 år	681	-51	425	1.055
Kvinder				
I alt blandt kvinder	573	105	379	1.057
16-29 år	391	112	223	726
50-64 år	182	-7	156	331

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series. Geneva, WHO, 2003.
2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidens-grundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet (DTU), 2013.
3. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr 2007;61(2):270-8.



10

Søvnbesvær

10. Søvnbesvær

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. For eksempel belyses, hvor mange ekstra dødsfald og hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær.

Forekomsten af søvnbesvær er steget fra 10 % i 2010 til 14 % i 2017. I 2017 er forekomsten 11 % blandt mænd og 16 % blandt kvinder.

Mænd og kvinder med søvnbesvær lever henholdsvis 2,5 og 0,1 år kortere end mænd og kvinder uden søvnbesvær. Tabet i befolkningens middellevetid relateret til søvnbesvær er 3 måneder blandt mænd og 1 måned blandt kvinder.

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

- 575 ekstra dødsfald
- 6.692 og 542 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 48.276 ekstra somatiske indlæggelser
- 8.713 ekstra psykiatriske indlæggelser
- 509.184 ekstra somatiske ambulante kontakter
- 248.199 ekstra psykiatriske ambulante kontakter
- 1.479.581 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 2.769.816 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 922 ekstra nytilkendte førtidspensioner
- 4.821 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 17.435 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem søvnbesvær og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med søvnbesvær, i forhold til personer uden søvnbesvær, når der er taget højde for uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysiskaktivitet og kostmønster. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at dårligt mentalt helbred fører til søvnbesvær og ikke omvendt.

Introduktion

Søvn er afgørende for kroppens, herunder hjernens, fysiologiske funktioner og restitution (1). Både kort- og langvarig søvnmangel, men også for meget søvn, et uregelmæssigt søvnmønster eller dårlig søvnkvalitet, kan have både somatiske og psykiske helbredsmæssige konsekvenser (1-4). De umiddelbare effekter af søvnbesvær inkluderer utilpashed, koncentrationsbesvær, nedsat kognitiv formåen, ændringer i sundhedsadfærd som for eksempel usundt kostindtag og fysisk inaktivitet, samt en øget risiko for ulykker (5, 6). På lang sigt kan søvnbesvær svække immunforsvaret, således at man bliver mere modtagelig over for infektioner, og risikoen øges for en række tilstande og sygdomme, herunder forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, kræft, mentale sygdomme og tidlig død (3, 4, 7-12).

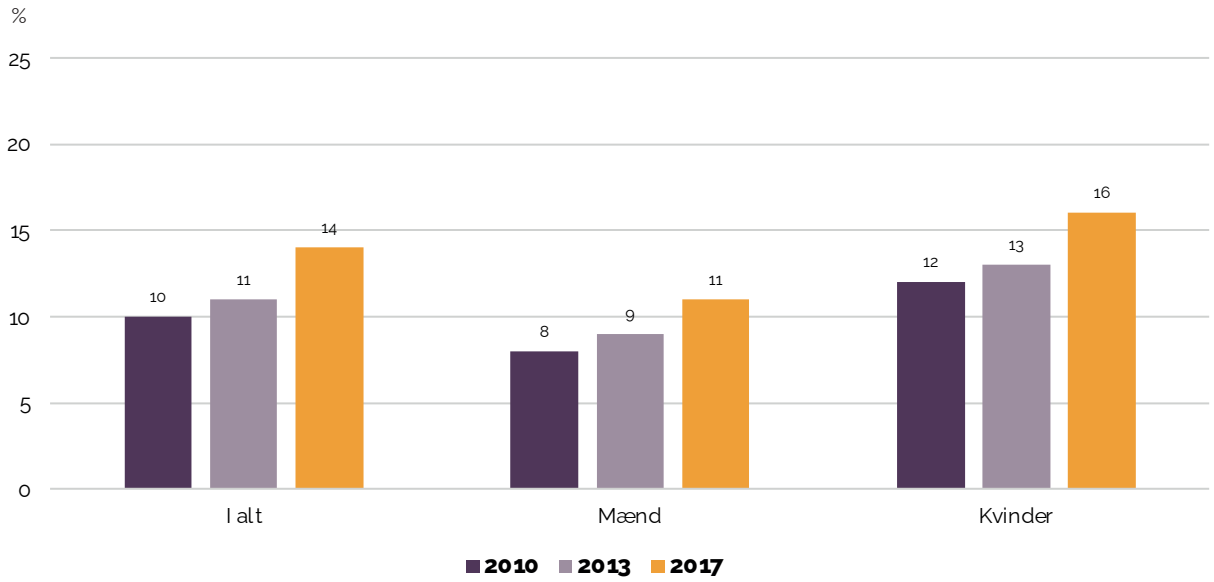
Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem søvnbesvær og de forskellige byrdemål, men en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med søvnbesvær, i forhold til personer uden søvnbesvær, når der er taget højde for undersøgelsesår, uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Samtidig kan det ikke konkluderes, om sammenhængen mellem søvnbesvær og de forskellige byrdemål er kausal. Der kan der være faktorer, der påvirker personers søvn, der samtidig også påvirker dødeligheden og risikoen for indlæggelser og førtidspensioner. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel døjer med kroniske smerter på grund af sygdom, kan det gå ud over søvnen og forårsage søvnbesvær. Samtidig kan smerterne føre til flere indlæggelser, førtidspension og eventuelt tidlig død. For byrdemålene omhandlende psykiatriske kontakter i sundhedsvæsenet er det plausibelt at antage, at eksisterende dårlig mentalt helbred i mange tilfælde fører til søvnbesvær og samtidig øger risikoen for psykiatriske kontakter. I disse tilfælde kan man ikke tilskrive den ekstra byrde direkte til søvnbesvær, men derimod kan det tilskrives underliggende faktorer, såsom sygdom, dårlig mental helbred, smerter eller andet.

I denne rapport defineres søvnbesvær som personer, der rapporterer, at de inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer (se afsnit 4.1.6 for en detaljeret beskrivelse af definitionen). Opgørelsesmetoden til at identificere personer med søvnbesvær er behæftet med en vis usikkerhed. Der bliver spurgt ind til søvnbesvær de seneste 14 dage, og der er dermed en sandsynlighed for, at nogle personer, der mere eller mindre tilfældigt har oplevet søvnbesvær i en forbigående periode, vil blive defineret som personer med søvnbesvær. Disse personer vil derfor indgå i eksponeringsgruppen, hvor de nok nærmere burde indgå i referencegruppen. Denne form for misklassifikation kan medføre, at resultaterne i dette kapitel kan være undervurderede.

Forekomst af søvnbesvær

I perioden 2010 til 2017 er forekomsten af søvnbesvær steget fra 10 % til 14 %, med den største stigning fra 2013 til 2017 for begge køn (figur 10.1). Forekomsten er generelt højere blandt kvinder (16 % i 2017) end blandt mænd (11 % i 2017).

Figur 10.1 Udvikling i forekomst (%) af søvnbesvær, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.

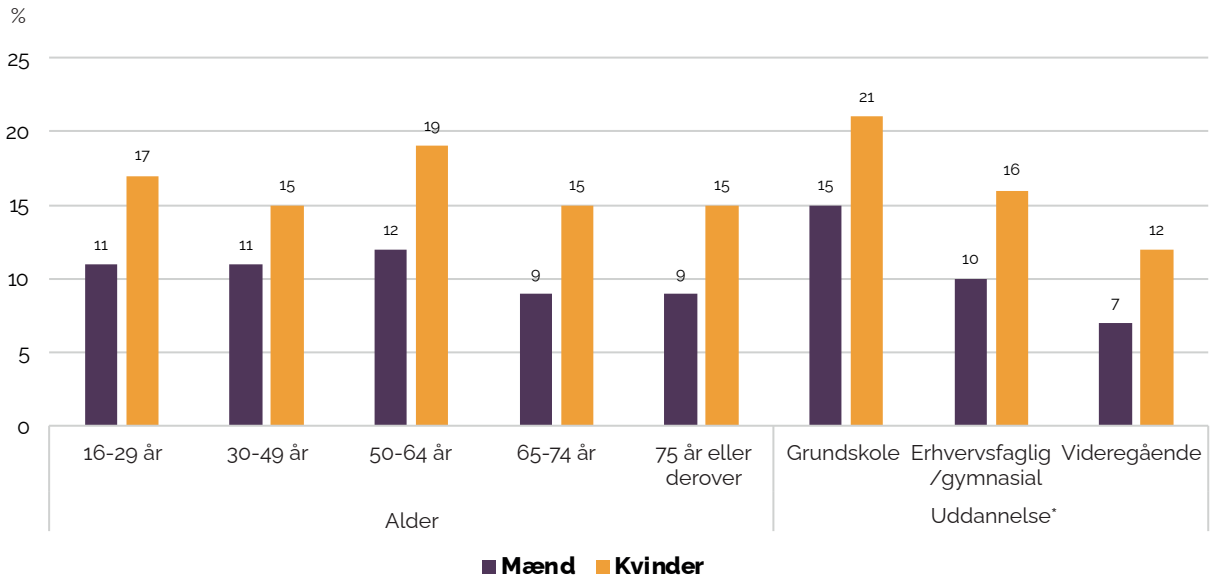


Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Forekomsten af personer med søvnbesvær er højest blandt kvinder i aldersgruppen 50-64 år (figur 10.2). Der er ikke stor forskel i forekomsten mellem de forskellige aldersgrupper blandt mænd, dog ses der en lidt lavere forekomst blandt de ældste aldersgrupper (65-74 år og 75 år eller derover).

Dertil er forekomsten af personer med søvnbesvær lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en videregående uddannelse.

Figur 10.2 Forekomst (%) af søvnbesvær, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomsten af søvnbesvær opdelt på uddannelse er opgjort blandt personer 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Søvnbesvær og dødelighed

Der er årligt 575 ekstra dødsfald blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 554 blandt mænd og 22 blandt kvinder (tabel 10.1). Det skal her bemærkes, at antallet af dødsfald er markant større blandt mænd end blandt kvinder på trods af, at forekomsten af søvnbesvær er højere blandt kvinder end blandt mænd. Forskellen i antal dødsfald blandt mænd og kvinder kan primært forklares på baggrund af en forskel i den relative risiko for død. Blandt mænd med søvnbesvær ses en relativ risiko på 1,47 i forhold til mænd uden søvnbesvær, hvilket svarer til, at mænd med søvnbesvær har 47 % højere dødelighed end mænd uden søvnbesvær. Blandt kvinder er den relative risiko 1,04. Forskellen i den relative mellem mænd og kvinder risiko kan enten skyldes en reel forskel, altså at søvnbesvær har en større betydning for dødelighed blandt mænd end blandt kvinder, eller at søvnbesvær i højere grad er et udtryk for andre faktorer, som for eksempel sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter, der har betydning for dødelighed blandt mænd end blandt kvinder.

Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd med søvnproblemer på 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med søvnbesvær udgør henholdsvis 2 % og <1 % af alle dødsfald. Det negative antal og den negative andel, der ses blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år, er et udtryk for, at der er færre dødsfald blandt kvinder med søvnproblemer end blandt kvinder uden søvnproblemer i denne aldersgruppe.

Tabel 10.1 Forekomst af søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	14	-	575	12	1
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,47	554	24	2
16-29 år	11	1,92	21	4	9
30-49 år	11	1,62	58	8	6
50-64 år	12	1,40	177	31	5
65-74 år	9	1,24	130	42	2
75 år eller derover	9	1,12	167	87	1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,04	22	1	<1
16-29 år	17	1,09	1	<1	2
30-49 år	15	1,06	5	1	1
50-64 år	19	1,04	16	3	1
65-74 år	15	1,01	9	3	<1
75 år eller derover	15	1,00	-9	-4	<1

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer med søvnbesvær ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.2). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 118 og 8 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 22 % og 36 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.2 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal dødsfald blandt personer med søvnbesvær og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

			Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal dødsfald*	Antal*	Andel (%)*
I alt	13	552	126	23
Mænd				
I alt blandt mænd	10	530	118	22
Grundskole	15	249	83	33
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	214	35	16
Videregående uddannelse	7	67	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	23	8	36
Grundskole	21	10	6	57
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	8	2	26
Videregående uddannelse	12	4	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til søvnbesvær

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport, er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med og uden søvnbesvær i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd og kvinder med søvnbesvær i gennemsnit henholdsvis 2,5 år og 0,1 år kortere end mænd og kvinder uden søvnbesvær (tabel 10.3). Hvis søvnbesvær blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer der har søvnbesvær, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 3 måneder og 1 måned længere ('Tab i middellevetid (måneder') i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 6.692 tabte leveår blandt mænd og 542 blandt kvinder.

Tabel 10.3 Forskel i middellevetid blandt personer med og uden søvnbesvær, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med søvnbesvær, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-2,5	3	6.692
Kvinder	-0,1	1	542

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Person Register.

Søvnbesvær og indlæggelser

Der er årligt 48.276 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 22.843 blandt mænd og 25.433 blandt kvinder (tabel 10.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder med søvnbesvær på 75 år eller derover. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør 4 % af alle somatiske indlæggelser.

Der er årligt 8.713 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 5.002 blandt mænd og 3.711 blandt kvinder (tabel 10.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske indlæggelser højest blandt mænd med søvnbesvær i aldersgruppen 30-49 år og blandt kvinder med søvnbesvær i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør henholdsvis 19 % og 14 % af alle psykiatriske indlæggelser.

Tabel 10.4 Forekomst af søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	14	-	48.276	1.022	4
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,51	22.843	979	4
16-29 år	11	1,83	3.405	645	9
30-49 år	11	1,62	4.950	677	6
50-64 år	12	1,46	7.086	1.240	5
65-74 år	9	1,34	3.962	1.273	3
75 år eller derover	9	1,24	3.440	1.795	2
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,34	25.433	1.065	4
16-29 år	17	1,51	4.830	947	8
30-49 år	15	1,40	5.471	763	6
50-64 år	19	1,31	6.185	1.092	5
65-74 år	15	1,24	3.933	1.178	3
75 år eller derover	15	1,19	5.014	1.923	3
Psykiatriske indlæggelser					
I alt	14	-	8.713	185	16
Mænd					
I alt blandt mænd	11	2,93	5.002	214	19
16-29 år	11	3,55	1.454	276	23
30-49 år	11	3,15	2.067	283	19
50-64 år	12	2,83	1.163	204	18
65-74 år	9	2,60	214	69	12
75 år eller derover	9	2,41	103	53	11
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,95	3.711	155	14
16-29 år	17	2,16	1.467	288	16
30-49 år	15	2,02	1.056	147	13
50-64 år	19	1,91	755	133	15
65-74 år	15	1,82	239	72	11
75 år eller derover	15	1,75	195	75	10

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.5). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 5.171 og 4.268 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 27 % og 21 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.5). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 1.602 og 763 færre psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 41 % og 31 % af alle ekstra psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.5 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal indlæggelser blandt personer med søvnbesvær og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser				
I alt	13	39.786	9.440	24
Mænd				
I alt blandt mænd	10	19.262	5.171	27
Grundskole	15	8.201	3.449	42
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	8.213	1.722	21
Videregående uddannelse	7	2.849	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	20.524	4.268	21
Grundskole	21	9.437	2.963	31
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	7.196	1.306	18
Videregående uddannelse	12	3.891	Ref.	Ref.
Psykiatriske indlæggelser				
I alt	13	6.359	2.365	37
Mænd				
I alt blandt mænd	10	3.894	1.602	41
Grundskole	15	2.498	1.322	53
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10	1.079	280	26
Videregående uddannelse	7	317	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	2.465	763	31
Grundskole	21	1.313	586	45
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	753	177	23
Videregående uddannelse	12	400	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Søvnbesvær og ambulante kontakter

Der er årligt 509.184 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 225.324 blandt mænd og 283.860 blandt kvinder (tabel 10.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt personer i de tre ældste aldersgrupper. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør 4 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 248.199 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 98.577 blandt mænd og 149.623 blandt kvinder (tabel 10.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med søvnproblemer i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør henholdsvis 20 % og 21 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 10.6 Forekomst af søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for ambulant kontakt, ekstra antal ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter					
I alt	14	-	509.184	10.784	4
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,47	225.324	9.656	4
16-29 år	11	1,64	31.500	5.970	7
30-49 år	11	1,53	52.560	7.185	6
50-64 år	12	1,44	71.851	12.575	5
65-74 år	9	1,37	41.349	13.280	3
75 år eller derover	9	1,32	28.064	14.647	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,26	283.860	11.885	4
16-29 år	17	1,29	46.902	9.197	5
30-49 år	15	1,27	71.142	9.917	4
50-64 år	19	1,25	82.262	14.526	5
65-74 år	15	1,24	45.773	13.705	3
75 år eller derover	15	1,23	37.780	14.492	3
Psykiatriske ambulante kontakter					
I alt	14	-	248.199	5.256	20
Mænd					
I alt blandt mænd	11	3,31	98.577	4.224	20
16-29 år	11	4,07	37.945	7.192	26
30-49 år	11	3,58	38.976	5.328	22
50-64 år	12	3,19	17.399	3.045	21
65-74 år	9	2,91	2.647	850	14
75 år eller derover	9	2,69	1.610	840	13
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	2,52	149.623	6.265	21
16-29 år	17	3,12	72.432	14.203	26
30-49 år	15	2,74	48.711	6.790	20
50-64 år	19	2,43	20.427	3.607	21
65-74 år	15	2,21	4.095	1.226	15
75 år eller derover	15	2,04	3.958	1.518	14

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.7). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 47.924 og 45.408 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 26 % og 20 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.7). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 23.889 og 23.096 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 38 % og 29 % af alle ekstra psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i psykiatriske ambulante kontakter relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.7 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med søvnbesvær og ekstra antal ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter				
I alt	13	417.050	93.332	22
Mænd				
I alt blandt mænd	10	187.525	47.924	26
Grundskole	15	68.165	29.102	43
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	85.473	18.821	22
Videregående uddannelse	7	33.887	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	229.524	45.408	20
Grundskole	21	84.509	28.075	33
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	87.671	17.333	20
Videregående uddannelse	12	57.344	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter				
I alt	13	143.411	46.985	33
Mænd				
I alt blandt mænd	10	63.015	23.889	38
Grundskole	15	34.372	17.967	52
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10	21.475	5.922	28
Videregående uddannelse	7	7.169	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	80.396	23.096	29
Grundskole	21	33.906	15.097	45
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	16	30.271	7.999	26
Videregående uddannelse	12	16.218	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Søvnbesvær og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 1.479.581 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 544.171 blandt mænd og 935.410 blandt kvinder (tabel 10.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd og kvinder med søvnbesvær på 75 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør 4 % af alle lægekontakter.

Tabel 10.8 Forekomst af søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer med søvnbesvær forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer*	Andel af alle lægekontakter (%)*
I alt	14	-	1.479.581	31.335	4
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,41	544.171	23.320	4
16-29 år	11	1,54	91.541	17.350	6
30-49 år	11	1,46	137.935	18.856	5
50-64 år	12	1,39	160.028	28.008	5
65-74 år	9	1,34	82.345	26.447	3
75 år eller derover	9	1,29	72.321	37.745	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,28	935.410	39.166	4
16-29 år	17	1,30	166.926	32.732	5
30-49 år	15	1,29	222.515	31.019	4
50-64 år	19	1,28	237.123	41.873	5
65-74 år	15	1,28	138.015	41.323	4
75 år eller derover	15	1,27	170.830	65.527	4

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.9). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 115.576 og 147.328 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 26 % og 20 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra lægekontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.9 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal lægekontakter blandt personer med søvnbesvær og ekstra lægekontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

			Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal lægekontakter*	Antal*	Andel (%)*
I alt	13	1.190.923	262.904	22
Mænd				
I alt blandt mænd	10	438.764	115.576	26
Grundskole	15	168.023	72.233	43
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	193.205	43.343	22
Videregående uddannelse	7	77.535	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	16	752.160	147.328	20
Grundskole	21	304.278	93.963	31
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	279.157	53.366	19
Videregående uddannelse	12	168.724	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Søvnbesvær og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år er der årligt 2.769.816 ekstra sygedage blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær, henholdsvis 1.051.519 blandt mænd og 1.718.297 blandt kvinder (tabel 10.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt mænd og kvinder med søvnbesvær i alderen 50-64 år. Ekstra sygedage blandt mænd og kvinder med søvnproblemer udgør henholdsvis 11 % og 13 % af alle sygedage.

Tabel 10.10 Forekomst af søvnbesvær samt forskel i antal sygedage, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer med søvnbesvær forhold til personer uden søvnbesvær, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	10	-	2.769.816	112.539	12
Mænd					
I alt blandt mænd	8	-	1.051.519	80.695	11
18-29 år	9	3.568	79.547	31.177	6
30-49 år	8	9.275	459.551	73.644	11
50-64 år	8	14.348	512.421	120.951	12
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	-	1.718.297	148.368	13
18-29 år	13	7.997	216.505	107.412	15
30-49 år	11	11.668	713.869	124.467	10
50-64 år	14	14.931	787.924	205.735	15

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer med søvnbesvær ses blandt personer med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.11). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 182.799 og 185.588 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20 % og 13 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i langvarigt sygefravær relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.11 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal sygedage blandt personer med søvnbesvær og ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

			Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal sygedage*	Antal*	Andel (%)*
I alt	10	2.368.130	368.386	16
Mænd				
I alt blandt mænd	8	916.174	182.799	20
Grundskole	11	213.053	89.516	42
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	8	454.515	93.282	21
Videregående uddannelse	6	248.606	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	12	1.451.956	185.588	13
Grundskole	16	229.468	68.722	30
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13	636.635	116.866	18
Videregående uddannelse	10	585.853	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.*

Søvnbesvær og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 922 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år med søvnbesvær sammenlignet med erhvervsaktive personer uden søvnbesvær, henholdsvis 440 blandt mænd og 483 blandt kvinder (tabel 10.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder med søvnbesvær på 50-64 år. Ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder med søvnbesvær udgør henholdsvis 16 % og 17 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 10.12 Forekomst af søvnbesvær samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af søvnbesvær (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtidspensioner (%)*
I alt	13	-	922	28	16
Mænd					
I alt blandt mænd	11	3,12	440	26	16
18-29 år	11	4,20	44	8	27
30-49 år	10	3,25	157	22	19
50-64 år	10	2,59	239	49	14
Kvinder					
I alt blandt kvinder	15	2,44	483	30	17
18-29 år	17	3,01	30	6	25
30-49 år	14	2,51	149	22	17
50-64 år	17	2,14	304	69	16

**Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til søvnbesvær

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive med søvnbesvær ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 10.13). Hvis forekomsten af personer med søvnbesvær i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 144 og 116 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 34 % og 24 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til søvnbesvær kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 10.13 Forekomst af søvnbesvær, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med søvnbesvær og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

			Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
	Forekomst af søvnbesvær (%)	Ekstra antal førtidspensioner*	Antal*	Andel (%)*
I alt	12	898	259	29
Mænd				
I alt blandt mænd	10	422	144	34
Grundskole	16	226	109	48
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	160	35	22
Videregående uddannelse	7	36	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	15	477	116	24
Grundskole	23	204	76	37
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16	194	40	21
Videregående uddannelse	11	79	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Det Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Søvnbesvær og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 10.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær på arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 4.821 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (4.051 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til medicin (536 mio. kr.) og praksis (422 mio. kr.) Ekstra omkostninger i forbindelse med hjemmehjælp er på -188 mio. kr., hvilket betyder, at der bliver brugt 188 mio. kr. mindre blandt personer med søvnbesvær end blandt personer uden søvnbesvær.

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 17.435 mio. kr. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (12.839 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til nytilkendte førtidspensioner (3.624 mio. kr.) og tidlig død (972 mio. kr.).

Tabel 10.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	422	4.051	536	-188	4.821
Mænd					
I alt blandt mænd	140	2.214	260	-39	2.575
16-29 år	19	36	10	0	66
30-49 år	40	544	66	0	649
50-64 år	45	842	96	-117	865
65-74 år	21	444	50	24	538
75 år eller derover	15	349	39	54	457
Kvinder					
I alt blandt kvinder	283	1.837	276	-149	2.246
16-29 år	58	367	35	0	460
30-49 år	76	490	66	0	632
50-64 år	79	514	84	-165	512
65-74 år	38	251	47	-15	321
75 år eller derover	32	215	44	31	321

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	12.839	3.624	972	17.435
Mænd				
I alt blandt mænd	5.397	1.998	912	8.307
16-29 år	2.987	1.402	546	4.935
50-64 år	2.410	596	366	3.372
Kvinder				
I alt blandt kvinder	7.442	1.627	60	9.129
16-29 år	4.262	989	34	5.285
50-64 år	3.181	637	26	3.844

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Det Centrale Personregister, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. Grandner MA. Sleep, Health, and Society. Sleep Med Clin 2022;17(2):117-139.
2. Bonke J. Trends in short and long sleep in Denmark from 1964 to 2009, and the associations with employment, SES (socioeconomic status) and BMI. Sleep Med 2015;16(3):385-90.
3. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Med 2017;32:246-56.
4. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. Nature and science of sleep. Nat Sci Sleep 2017;9:151-61.
5. Bin YS, Marshall NS, Glozier N. Secular trends in adult sleep duration: a systematic review. Sleep Med Rev 2012;16(3):223-30.
6. Clark AJ, Salo P, Lange T, Jennum P, Virtanen M, Pentti J, et al. Onset of impaired sleep as a predictor of change in health-related behaviours; analysing observational data as a series of non-randomized pseudo-trials. Int J Epidemiol 2015;44(3):1027-37.
7. Liu T-Z, Xu C, Rota M, Cai H, Zhang C, Shi M-J, et al. Sleep duration and risk of all-cause mortality: a flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. Sleep Med Rev 2017;32:28-36.
8. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep 2010;33(5):585-92.
9. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2010;33(2):414-20.
10. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. J Sleep Res 2009;18(2):148-58.
11. Clark AJ, Salo P, Lange T, Jennum P, Virtanen M, Pentti J, et al. Onset of Impaired Sleep and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Longitudinal Study. Sleep 2016;39(9):1709-18.
12. Rod NH, Vahtera J, Westerlund H, Kivimaki M, Zins M, Goldberg M, et al. Sleep disturbances and cause-specific mortality: Results from the GAZEL cohort study. Am J Epidemiol 2011;173(3):300-9.



11

Ofte uønsket alene

11. Ofte uønsket alene

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene. For eksempel belyses, hvor mange ekstra kontakter til praktiserende læge, der ses blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene.

Forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, har ligget konstant på 6 % i perioden 2010 til 2017. Forekomsten er ens blandt mænd og kvinder.

Mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, lever henholdsvis 2,4 år og 1,8 år kortere end mænd og kvinder, der ikke ofte føler sig uønsket alene. Tabet i befolkningens middellevetid relateret til ofte at føle sig uønsket alene er 1 måned blandt både mænd og kvinder.

Blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, er der årligt:

- 370 ekstra dødsfald
- 4.302 og 2.762 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 16.918 ekstra somatiske indlæggelser
- 8.854 ekstra psykiatriske indlæggelser
- 105.157 ekstra somatiske ambulante kontakter
- 192.896 ekstra psykiatriske ambulante kontakter
- 448.982 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 578.628 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 232 ekstra nytilkendte førtidspensioner
- 2.768 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 4.607 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem at føle sig uønsket alene og de forskellige byrdemål, men derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at sygelighed fører til fysisk eller social isolation, som kan føre til en følelse af at være uønsket alene ok ikke omvendt.

Introduktion

Der er en stærk sammenhæng mellem sociale relationer og fysisk og mentalt helbred (1). I litteraturen defineres ensomhed ofte som en personligt oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (2). Undersøgelser viser, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, smerter, søvnforstyrrelser, angst, depression og demens samt tidlig død (3-9). Ensomhed kan opstå, hvis man mangler social kontakt, ved lav grad af social støtte, eller når man føler sig alene, men ønsker at være sammen med andre (uønsket alene). At føle sig uønsket alene bliver i litteraturen beskrevet som det funktionelle aspekt af sociale relationer (10), hvilket omhandler kvaliteten af de sociale relationer og er det aspekt, som dette kapitel belyser. Kapitlet beskriver derfor ikke de strukturelle aspekter af sociale relationer, som i højere grad handler om kvantiteten fremfor kvaliteten af sociale relationer – altså hvor mange og hvilke personer, man har kontakt til.

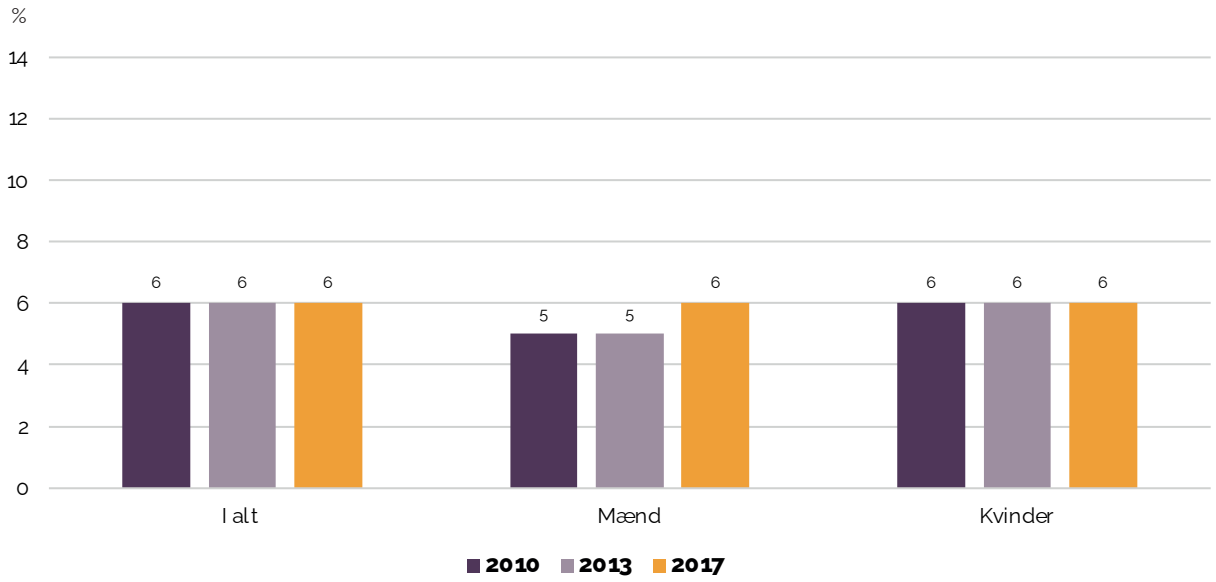
Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem det at føle sig uønsket alene og de forskellige byrdemål, men derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, når der tages højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysiskaktivitet og kostmønster. Derudover kan der være faktorer, der påvirker, om personer føler sig uønsket alene og samtidig påvirker de forskellige byrdemål. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom, dårligt mentalt helbred eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel har funktionsnedsættelse på grund af sygdom, kan dette føre til social isolation eller en følelse af at være uønsket alene. Samtidig kan sygdommen føre til flere indlæggelser, førtidspension og eventuelt tidlig død. For byrdemålene omhandlende psykiatriske kontakter med sundhedsvæsenet er det plausibelt at antage, at eksisterende dårlig mentalt helbred i mange tilfælde kan føre til en følelse af at være uønsket alene og samtidig øger risikoen for psykiatriske kontakter. I disse tilfælde kan man ikke tilskrive den ekstra byrde direkte til at føle sig uønsket alene, men derimod kan det tilskrives underliggende faktorer, såsom sygdom, dårlig mental helbred, smerter eller andet.

At være uønsket alene opgøres i dette kapitel på baggrund af selvrapporterede oplysninger ud fra spørgsmålet: 'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?' med svarkategorierne: 'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent' og 'Nej'. Personer, som svarer 'Ja, ofte', kategoriseres i denne rapport som eksponeringsgruppen og benævnes som personer, der ofte er uønsket alene. Personer med svar i de øvrige svarkategorier indgår i referencegruppen (se afsnit 4.1.7 for en detaljeret beskrivelse af definitionen).

Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene

Forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, har ligget konstant på 6 % i perioden 2010 til 2017. Forekomsten er nogenlunde ens blandt mænd og kvinder (figur 11.1).

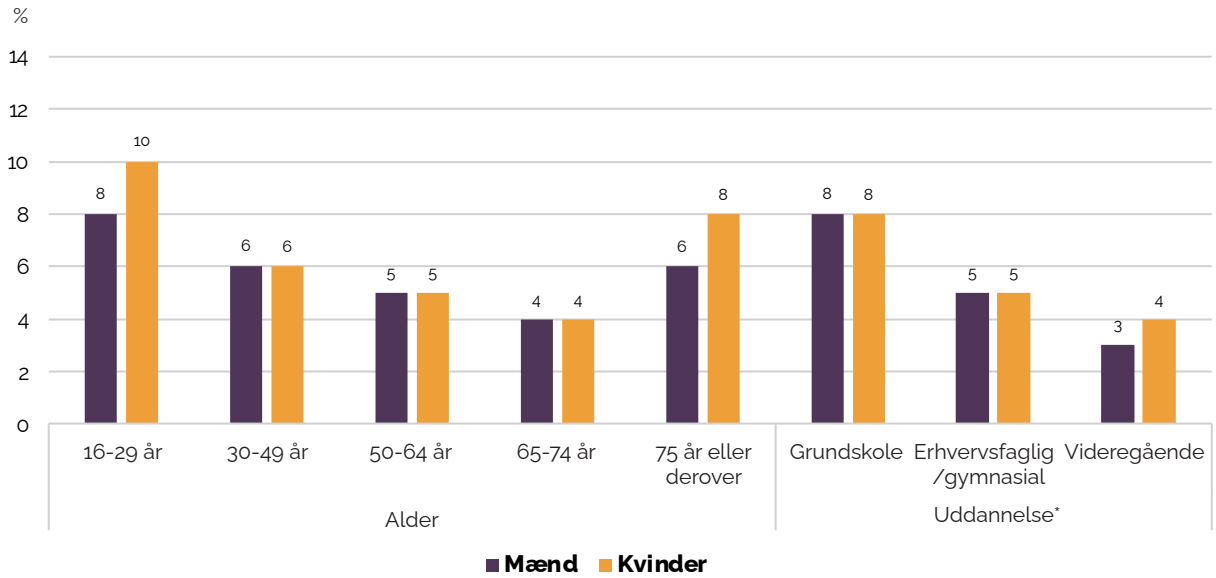
Figur 11.1 Udvikling i forekomst (%) af personer, der ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Blandt begge køn ses den højeste forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i aldersgruppen 16-24 år (figur 11.2). Forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, er lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højest blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en videregående uddannelse.

Figur 11.2 Forekomst (%) af personer, der ofte føler sig uønsket alene, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene opdelt på uddannelse, er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Ofte uønsket alene og dødelighed

Der er årligt 370 ekstra dødsfald blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 219 blandt mænd og 150 blandt kvinder (tabel 11.1). Blandt mænd, der ofte føler sig uønsket alene ses en relativ risiko på 1,56 i forhold til mænd, der ikke ofte føler sig uønsket alene, hvilket svarer til, at mænd, der ofte føler sig uønsket alene har 56 % højere dødelighed end mænd, der ikke ofte føler sig uønsket alene. Blandt kvinder er den relative risiko 1,63. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 50-64 år og 65-74 år. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør for begge køn 1 % af alle dødsfald.

Tabel 11.1 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	6	-	370	8	1
Mænd					
I alt blandt mænd	6	1,56	219	9	1
16-29 år	8	2,38	22	4	10
30-49 år	6	1,83	44	6	5
50-64 år	5	1,45	85	15	2
65-74 år	4	1,20	52	17	1
75 år eller derover	6	1,02	17	9	<1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	1,63	150	6	1
16-29 år	10	2,63	12	2	14
30-49 år	6	1,95	27	4	5
50-64 år	5	1,50	61	11	3
65-74 år	4	1,21	39	12	1
75 år eller derover	8	1,01	10	4	<1

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.2). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene i hele befolkningen, var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 79 og 57 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 39 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.2 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal dødsfald blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	5	346	135	39
Mænd				
I alt blandt mænd	5	202	79	39
Grundskole	8	108	60	55
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	74	19	25
Videregående uddannelse	3	19	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	145	57	39
Grundskole	8	85	46	55
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	42	10	25
Videregående uddannelse	4	18	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport, er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer, der ofte føler sig uønsket alene, og 16-årige personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, i gennemsnit henholdsvis 2,4 år og 1,8 år kortere end mænd og kvinder, der ikke ofte føler sig uønsket alene (tabel 11.3). Hvis risikofaktoren ofte uønsket alene blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der ofte er uønsket alene, ville mænd og kvinder leve 1 måned længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 4.302 tabte leveår blandt mænd og 2.762 blandt kvinder.

Tabel 11.3 Forskel i middellevetid blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-2,4	1	4.302
Kvinder	-1,8	1	2.762

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Ofte uønsket alene og indlæggelser

Der er årligt 16.918 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 7.663 blandt mænd og 9.256 blandt kvinder (tabel 11.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør henholdsvis 1 % og 2 % af alle somatiske indlæggelser.

Der er årligt 8.854 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 4.160 blandt mænd og 4.695 blandt kvinder (tabel 11.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør henholdsvis 16 % og 17 % af alle psykiatriske indlæggelser.

Tabel 11.4 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	6	-	16.918	358	1
Mænd					
I alt blandt mænd	6	1,34	7.663	328	1
16-29 år	8	1,72	2.170	411	6
30-49 år	6	1,48	2.202	301	3
50-64 år	5	1,29	1.929	338	1
65-74 år	4	1,15	890	286	1
75 år eller derover	6	1,05	472	246	<1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	1,31	9.256	388	2
16-29 år	10	1,55	3.128	613	5
30-49 år	6	1,39	2.165	302	2
50-64 år	5	1,27	1.617	286	1
65-74 år	4	1,18	866	259	1
75 år eller derover	8	1,10	1.479	567	1
Psykiatriske indlæggelser					
I alt	6	-	8.854	188	16
Mænd					
I alt blandt mænd	6	3,71	4.160	178	16
16-29 år	8	4,64	1.474	279	23
30-49 år	6	4,04	1.710	234	16
50-64 år	5	3,56	735	129	12
65-74 år	4	3,22	150	48	8
75 år eller derover	6	2,96	91	48	10
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	3,90	4.695	197	17
16-29 år	10	4,41	2.262	444	25
30-49 år	6	4,08	1.212	169	15
50-64 år	5	3,81	686	121	13
65-74 år	4	3,61	225	67	10
75 år eller derover	8	3,44	310	119	17

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelses (tabel 11.5). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 2.056 og 2.268 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 38 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.5). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene i hele befolkningen, var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 1.366 og 1.094 færre psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 46 % og 41 % af alle ekstra psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.5 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal indlæggelser blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser				
I alt	5	11.408	4.323	38
Mænd				
I alt blandt mænd	5	5.392	2.056	38
Grundskole	8	2.609	1.512	58
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	2.092	544	26
Videregående uddannelse	3	691	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	6.016	2.268	38
Grundskole	8	3.075	1.672	54
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	1.974	596	30
Videregående uddannelse	4	967	Ref.	Ref.
Psykiatriske indlæggelser				
I alt	5	5.600	2.459	44
Mænd				
I alt blandt mænd	5	2.955	1.366	46
Grundskole	8	2.014	1.181	59
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5	730	185	25
Videregående uddannelse	3	211	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	2.645	1.094	41
Grundskole	8	1.543	871	56
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5	744	222	30
Videregående uddannelse	4	358	Ref.	Ref.

*Ref: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Ofte uønsket alene og ambulante kontakter

Der er årligt 105.157 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene sammenlignet med personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 48.493 blandt mænd og 56.663 blandt kvinder (tabel 11.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, i aldersgruppen 16-29 år. Det negative ekstra antal ambulante kontakter blandt mænd på 75 år eller derover er et udtryk for, at der er færre somatiske ambulante kontakter blandt mænd, der ofte føler sig uønsket alene, end blandt mænd, der ikke ofte føler sig uønsket alene, i denne aldersgruppe. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør 1 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 192.896 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 78.377 blandt mænd og 114.519 blandt kvinder (tabel 11.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør 16 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 11.6 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt relativ risiko (RR) for ambulant kontakt, ekstra antal ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter					
I alt	6	-	105.157	2.227	1
Mænd					
I alt blandt mænd	6	1,21	48.493	2.078	1
16-29 år	8	1,51	18.492	3.505	4
30-49 år	6	1,31	18.082	2.472	2
50-64 år	5	1,16	11.310	1.979	1
65-74 år	4	1,05	2.685	862	<1
75 år eller derover	6	0,96	-2.076	-1.083	<1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	1,13	56.663	2.373	1
16-29 år	10	1,22	21.010	4.120	2
30-49 år	6	1,16	16.788	2.340	1
50-64 år	5	1,11	10.836	1.913	1
65-74 år	4	1,07	4.238	1.269	<1
75 år eller derover	8	1,04	3.791	1.454	<1
Psykiatriske ambulante kontakter					
I alt	6	-	192.896	4.085	16
Mænd					
I alt blandt mænd	6	4,60	78.377	3.359	16
16-29 år	8	4,12	29.695	5.628	20
30-49 år	6	4,41	30.759	4.205	17
50-64 år	5	4,68	13.000	2.275	16
65-74 år	4	4,92	2.615	840	14
75 år eller derover	6	5,12	2.309	1.205	19
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	4,10	114.519	4.795	16
16-29 år	10	3,59	55.931	10.967	20
30-49 år	6	3,90	34.160	4.762	14
50-64 år	5	4,20	14.297	2.525	15
65-74 år	4	4,45	3.534	1.058	13
75 år eller derover	8	4,68	6.597	2.531	23

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.7). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 10.867 og 11.434 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 39 % og 35 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.7). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 20.328 og 22.911 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 41 % og 38 % af alle ekstra psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i psykiatriske ambulante kontakter relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.7 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal ambulante kontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter				
I alt	5	61.058	22.301	37
Mænd				
I alt blandt mænd	5	28.039	10.867	39
Grundskole	8	11.779	7.555	64
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	11.737	3.312	28
Videregående uddannelse	3	4.523	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	33.019	11.434	35
Grundskole	8	13.129	7.553	58
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	12.195	3.880	32
Videregående uddannelse	4	7.695	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter				
I alt	5	109.556	43.238	39
Mænd				
I alt blandt mænd	5	49.708	20.328	41
Grundskole	8	28.678	16.371	57
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5	15.636	3.957	25
Videregående uddannelse	3	5.395	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	59.847	22.911	38
Grundskole	8	28.981	16.296	56
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5	20.719	6.615	32
Videregående uddannelse	4	10.148	Ref.	Ref.

*Ref: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Ofte uønsket alene og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 448.982 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, sammenlignet med personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 177.221 blandt mænd og 271.762 blandt kvinder (tabel 11.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd i aldersgruppen 16-29 år og blandt kvinder på 75 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør 1 % af alle lægekontakter.

Tabel 11.8 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer*	Andel af alle lægekontakter (%)*
I alt	6	-	448.982	9.509	1
Mænd					
I alt blandt mænd	6	1,25	177.221	7.595	1
16-29 år	8	1,43	53.040	10.053	3
30-49 år	6	1,31	54.376	7.433	2
50-64 år	5	1,22	38.433	6.726	1
65-74 år	4	1,15	17.457	5.607	1
75 år eller derover	6	1,09	13.915	7.262	<1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	7	1,19	271.762	11.379	1
16-29 år	10	1,25	85.505	16.766	2
30-49 år	6	1,22	67.120	9.357	1
50-64 år	5	1,18	47.166	8.329	1
65-74 år	4	1,16	24.424	7.313	1
75 år eller derover	8	1,14	47.547	18.238	1

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.9). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 41.406 og 61.819 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 35 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra lægekontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.9 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal lægekontakter blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	5	293.168	103.228	35
Mænd				
I alt blandt mænd	5	116.961	41.409	35
Grundskole	8	50.394	28.867	57
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	47.590	12.542	26
Videregående uddannelse	3	18.977	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	5	176.207	61.819	35
Grundskole	8	81.198	43.139	53
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	61.332	18.680	30
Videregående uddannelse	4	33.677	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Ofte uønsket alene og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive i alderen 18-64 år er der årligt 578.628 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, sammenlignet med personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 249.606 blandt mænd og 329.023 blandt kvinder (tabel 11.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra antal sygedage blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør henholdsvis 3 % og 2 % af alle sygedage.

Tabel 11.10 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt forskel i antal sygedage, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	4	-	578.628	23.510	2
Mænd					
I alt blandt mænd	4	-	249.606	19.155	3
18-29 år	7	497	8.919	3.495	1
30-49 år	4	4.865	130.322	20.884	3
50-64 år	3	8.746	110.365	26.050	3
Kvinder					
I alt blandt kvinder	4	-	329.023	28.410	2
18-29 år	8	5.544	88.272	43.793	6
30-49 år	4	7.071	142.790	24.896	2
50-64 år	3	8.430	97.961	25.579	2

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, ses blandt mænd og kvinder med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.11). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 43.399 og 30.139 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20 % og 14 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygefravær relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.11 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal sygedage blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal sygedage*	Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	3	431.815	73.538	17
Mænd				
I alt blandt mænd	3	213.278	43.399	20
Grundskole	5	46.974	18.968	40
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4	107.586	24.432	23
Videregående uddannelse	3	58.718	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	3	218.537	30.139	14
Grundskole	4	35.309	13.379	38
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3	92.961	16.759	18
Videregående uddannelse	3	90.267	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.

Ofte uønsket alene og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 232 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år, der ofte føler sig uønsket alene, sammenlignet med erhvervsaktive personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 120 blandt mænd og 112 blandt kvinder (tabel 11.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder, der ofte føler sig uønsket alene, udgør 4 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 11.12 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtidspensioner (%)*
I alt	6	-	232	7	4
Mænd					
I alt blandt mænd	6	1,98	120	7	4
18-29 år	8	1,89	11	2	7
30-49 år	6	1,96	43	6	5
50-64 år	4	2,04	66	14	4
Kvinder					
I alt blandt kvinder	6	1,90	112	7	4
18-29 år	10	2,17	12	2	10
30-49 år	5	1,94	40	6	5
50-64 år	4	1,75	60	14	3

**Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til ofte at føle sig uønsket alene

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 11.13). Hvis forekomsten af personer, der ofte føler sig uønsket alene, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 40 og 38 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 36 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til ofte at føle sig uønsket alene kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 11.13 Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer, der ofte føler sig uønsket alene (%)	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	4	216	77	36
Mænd				
I alt blandt mænd	4	110	40	36
Grundskole	7	60	30	50
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4	42	10	24
Videregående uddannelse	3	9	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	4	105	38	36
Grundskole	7	51	27	53
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5	40	10	26
Videregående uddannelse	3	15	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer, der føler sig ofte uønsket alene i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Det Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Ofte uønsket alene og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 11.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling of pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 2.768 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (2.053 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp (379 mio. kr.), medicin (194 mio. kr.) og praksissektoren (142 mio. kr.).

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 4.607 mio. kr. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (2.687 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til tidlig død (962 mio. kr.) og nytilkendte førtidspensioner (958 mio. kr.).

Tabel 11.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, 16 år eller derover, 2017.

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	142	2.053	194	379	2.768
Mænd					
I alt blandt mænd	54	851	77	108	1.091
16-29 år	18	221	7	0	245
30-49 år	18	266	22	0	306
50-64 år	11	189	22	-49	173
65-74 år	5	92	13	56	165
75 år eller derover	4	83	13	102	202
Kvinder					
I alt blandt kvinder	88	1.202	117	270	1.677
16-29 år	38	423	19	0	480
30-49 år	25	324	27	0	376
50-64 år	14	221	28	94	356
65-74 år	5	98	16	63	182
75 år eller derover	5	136	27	114	283

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	2.687	958	962	4.607
Mænd				
I alt blandt mænd	1.331	539	639	2.509
16-29 år	812	374	465	1.651
50-64 år	519	165	174	858
Kvinder				
I alt blandt kvinder	1.356	419	323	2.098
16-29 år	961	293	222	1.476
50-64 år	396	125	101	622

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci 2015;10(2):227-37.
2. Smoyak SA. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1984. s. 40-1.
3. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLoS One 2018;13(1):e0190033.
4. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart 2016;102(13):1009-16.
5. Hackett RA, Hudson JL, Chilcot J. Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Diabetologia 2020;63(11):2329-38.
6. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Psychol Aging 2010;25(2):453.
7. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014;85(2):135-42.
8. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. Ann Behav Med 2020;55(3):203-25.
9. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health 2017;152:157-71.
10. Lund R. Sociale relationer og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, editors. Medicinsk sociologi. 2. ed. København: Munksgaard; 2012. s. 63-84.



12

Lav score på den mentale helbredsskala

12. Lav score på den mentale helbredsskala

I dette kapitel estimeres den ekstra byrde for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score. For eksempel belyses, hvor mange ekstra sygedage, der ses blandt personer med en lav score, i forhold til personer uden en lav score.

Forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala, er steget fra 10 % i 2010 til 13 % i 2017. I 2017 er forekomsten 11 % blandt mænd og 16 % blandt kvinder.

Mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala lever i gennemsnit henholdsvis 3,2 år og 2,1 år kortere end mænd og kvinder uden en lav score. Tabet i befolkningens middellevetid relateret til en lav score på den mentale helbredsskala er 4 måneder blandt både mænd og kvinder.

Blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala, i forhold til personer uden en lav score, er der årligt:

- 1.436 ekstra dødsfald
- 7.609 og 3.373 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder
- 40.552 ekstra somatiske indlæggelser
- 18.573 ekstra psykiatriske indlæggelser
- 312.077 ekstra somatiske ambulante kontakter
- 489.334 ekstra psykiatriske ambulante kontakter
- 1.267.687 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
- 3.026.952 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær
- 1.032 ekstra nytilkendte førtidspensioner
- 7.751 mio. kr. ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin
- 20.180 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død

For alle byrdemål er andelen af ekstra tilfælde højere blandt personer med kortere uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis et udtryk for en direkte sammenhæng mellem en lav score på den mentale helbredsskala og de forskellige byrdemål, men derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer, der scorer lavt på den mentale helbredsskala, i forhold til personer uden en lav score, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Derudover kan der også være tale om omvendt kausalitet, for eksempel at sygelighed fører til en lav score på den mentale helbredsskala og ikke omvendt.

Introduktion

På baggrund af WHO's definition har Sundhedsstyrelsen defineret mental sundhed som: '...en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker' (1-3). Personer, der over længere tid har lav grad af mental sundhed, har højere risiko for at udvikle en række tilstande og sygdomme, herunder angst, depression og hjertekarsygdomme (4). Hertil kommer en række samfundsmæssige og sociale konsekvenser, herunder tab af sociale relationer, forringet arbejdsevne og fravær fra arbejdsmarkedet (2).

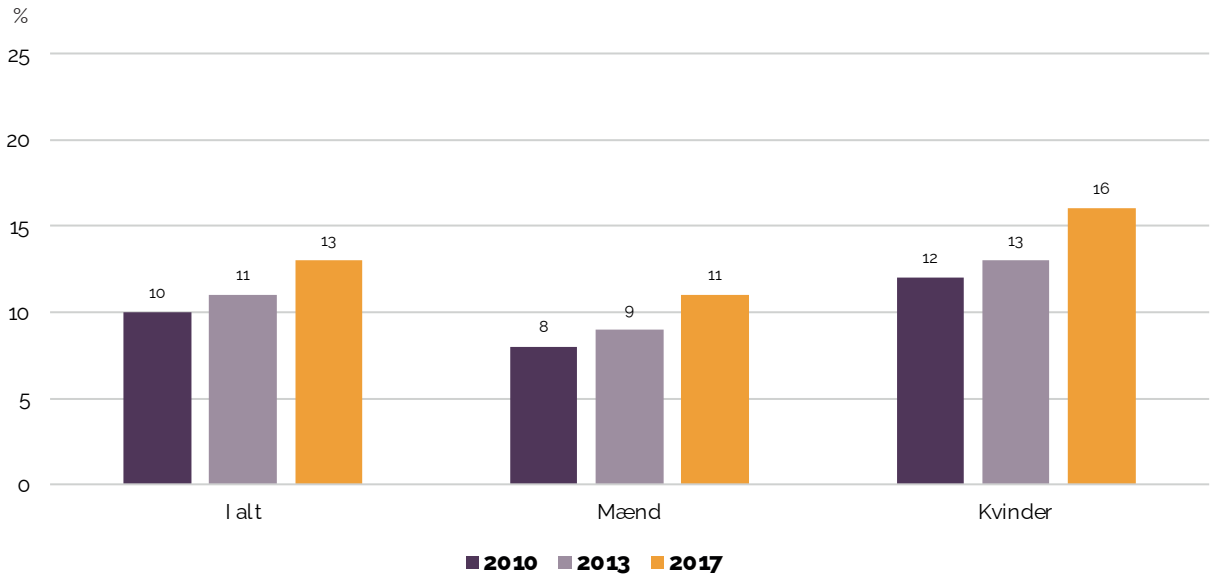
Mentalt helbred defineres ofte ud fra det anerkendte SF-12 spørgsmålsbatteri (5-7), som også indgår i Den Nationale Sundhedsprofil (8-10). På baggrund af besvarelserne af de 12 spørgsmål i SF-12 beregnes en score for henholdsvis en fysisk og en mental helbredskomponent, og for begge komponenter gælder det, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. På baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er der defineret en standardafgrænsning af personer med en lav score på den mentale helbredsskala, som omfatter de 10 % med den laveste score. Dette svarer til en score på 35,76 eller lavere (4). I denne rapport defineres personer med en score på 35,76 eller lavere derfor som personer med en lav score på den mentale helbredskala. Personer, der scorer over 35,76, indgår i referencegruppen og inkluderer derfor både personer, der scorer moderat og højt på den mentale helbredsskala (se afsnit 4.1.8 for en detaljeret beskrivelse af henholdsvis definition og SF-12).

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem en lav score på den mentale helbredskala og de forskellige byrdemål. Det er derimod en opgørelse over hvor mange ekstra tilfælde, der ses blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala, i forhold til personer uden en lav score på den mentale helbredsskala, når der tages højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Derudover kan der være andre faktorer, der påvirker, om personer scorer lavt på den mentale helbredsskala, og som samtidig påvirker de forskellige byrdemål. Disse faktorer kan for eksempel være sygdom eller kroniske smerter. Hvis en person for eksempel har funktionsnedsættelse på grund af sygdom, kan dette påvirke den mentale helbredstilstand. Samtidig kan sygdommen føre til flere indlæggelser, førtidspension og eventuelt tidlig død.

Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala

Forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala er steget fra 10 % i 2010 til 13 % i 2017 (figur 12.1). Forekomsten er højere blandt kvinder (16 %) end mænd (11 %).

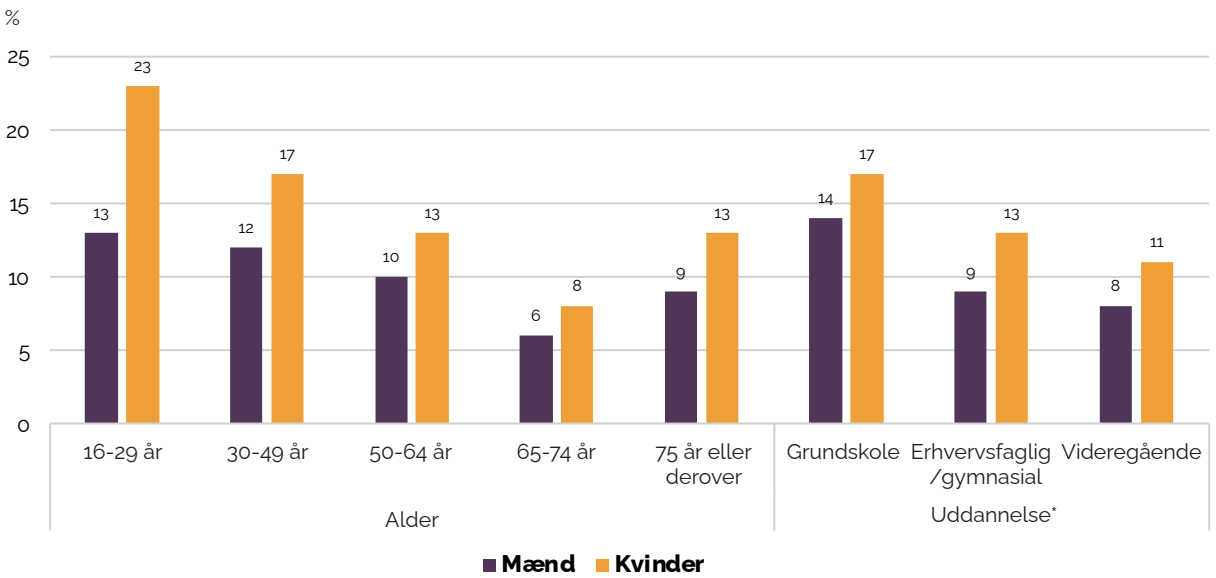
Figur 12.1 Udvikling i forekomst (%) af lav score på den mentale helbredsskala, 16 år eller derover, fra 2010 til 2017.



Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Blandt begge køn ses en lavere forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor forekomsten stiger (figur 12.2). Den højeste forekomst ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-29 år (23 %), mens forekomsten blandt mænd i samme aldersgruppe er på 13 %. Dertil er forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala lavere med længere uddannelse, således at forekomsten er højst blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse og lavest blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Figur 12.2 Forekomst (%) af lav score på den mentale helbredsskala, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.



**Forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredsskala opdelt på uddannelse, er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Lav score på den mentale helbredsskala og dødelighed

Der er årligt 1.436 ekstra dødsfald blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 682 blandt mænd og 754 blandt kvinder (tabel 12.1). Blandt mænd med en lav score på den mentale helbredskala ses en relativ risiko på 1,58 i forhold til mænd uden en lav score på den mentale helbredsskala. Dette svarer til, at mænd med en lav score på den mentale helbredskala har 58 % højere dødelighed end mænd uden en lav score. Blandt kvinder er den relative risiko 1,33. Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala på 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala udgør 3 % af alle dødsfald.

Tabel 12.1 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	13	-	1.436	30	3
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,58	682	29	3
16-29 år	13	2,06	27	5	12
30-49 år	12	1,74	77	11	8
50-64 år	10	1,50	177	31	5
65-74 år	6	1,33	125	40	2
75 år eller derover	9	1,20	275	144	2
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,33	754	32	3
16-29 år	23	1,44	8	2	9
30-49 år	17	1,37	30	4	6
50-64 år	13	1,31	89	16	4
65-74 år	8	1,26	87	26	2
75 år eller derover	13	1,22	540	207	3

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.2). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 149 og 212 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 23 % og 30 % af alle ekstra dødsfald. Denne sociale ulighed i dødsfald relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra dødsfald er højere med kortere uddannelse.

Tabel 12.2 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal dødsfald blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra antal dødsfald i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	12	1.348	362	27
Mænd				
I alt blandt mænd	10	648	149	23
Grundskole	14	312	108	34
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	255	42	16
Videregående uddannelse	8	81	Ref	Ref
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	700	212	30
Grundskole	17	450	172	38
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13	181	40	22
Videregående uddannelse	11	68	Ref	Ref

*Ref: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med og uden en lav score på den mentale helbredsskala i 2017, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i gennemsnit henholdsvis 3,2 år og 2,1 år kortere end mænd og kvinder uden en lav score (tabel 12.3). Hvis risikofaktoren lav score på den mentale helbredsskala blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der har en lav score på den mentale helbredskala, ville både mænd og kvinder leve 4 måneder længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 7.609 tabte leveår blandt mænd og 3.373 blandt kvinder.

Tabel 12.3 Forskel i middellevetid blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)	Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
Mænd	-3,2	4	7.609
Kvinder	-2,1	4	3.373

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Lav score på den mentale helbredsskala og indlæggelser

Der er årligt 40.552 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 17.994 blandt mænd og 22.559 blandt kvinder (tabel 12.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala på 75 år eller derover. Ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør henholdsvis 3 % og 4 % af alle somatiske indlæggelser.

Der er årligt 18.573 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 9.192 blandt mænd og 9.381 blandt kvinder (tabel 12.4). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske indlæggelser per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske indlæggelser højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør 34 % af alle psykiatriske indlæggelser.

Tabel 12.4 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt relativ risiko (RR) for indlæggelse, ekstra antal indlæggelser og andel af alle indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra antal indlæggelser per 100.000 personer*	Andel af alle indlæggelser (%)*
Somatiske indlæggelser					
I alt	13	-	40.552	859	3
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,41	17.994	771	3
16-29 år	13	1,57	2.790	529	7
30-49 år	12	1,47	4.260	582	6
50-64 år	10	1,38	4.748	831	4
65-74 år	6	1,31	2.573	827	2
75 år eller derover	9	1,26	3.622	1.890	2
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,32	22.559	945	4
16-29 år	23	1,38	4.952	971	8
30-49 år	17	1,34	5.288	737	5
50-64 år	13	1,30	4.229	747	4
65-74 år	8	1,28	2.382	713	2
75 år eller derover	13	1,25	5.707	2.189	3
Psykiatriske indlæggelser					
I alt	13	-	18.573	393	34
Mænd					
I alt blandt mænd	11	5,09	9.192	394	34
16-29 år	13	7,43	2.970	563	46
30-49 år	12	5,87	4.087	559	38
50-64 år	10	4,76	1.699	297	27
65-74 år	6	4,02	271	87	15
75 år eller derover	9	3,48	165	86	18
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	4,41	9.381	393	34
16-29 år	23	4,21	3.828	751	42
30-49 år	17	4,34	2.884	402	36
50-64 år	13	4,45	1.590	281	31
65-74 år	8	4,54	475	142	22
75 år eller derover	13	4,62	604	232	32

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra indlæggelser relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal somatiske indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.5). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 3.513 og 4.500 færre somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 23 % og 26 % af alle ekstra somatiske indlæggelser. Denne sociale ulighed i somatiske indlæggelser relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.5). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 1.596 og 1.235 færre psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 25 % og 21 % af alle ekstra psykiatriske indlæggelser. Denne sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske indlæggelser er højere med kortere uddannelse.

Tabel 12.5 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra antal indlæggelser i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal indlæggelser*	Ekstra indlæggelser i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske indlæggelser				
I alt	12	32.342	8.013	25
Mænd				
I alt blandt mænd	10	14.998	3.513	23
Grundskole	14	6.512	2.587	40
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	6.158	926	15
Videregående uddannelse	8	2.328	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	17.344	4.500	26
Grundskole	17	8.319	3.367	40
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13	5.795	1.133	20
Videregående uddannelse	11	3.230	Ref.	Ref.
Psykiatriske indlæggelser				
I alt	12	12.135	2.831	23
Mænd				
I alt blandt mænd	10	6.389	1.596	25
Grundskole	14	3.986	1.422	36
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	9	1.790	175	10
Videregående uddannelse	8	612	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	5.746	1.235	21
Grundskole	17	2.921	980	34
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	13	1.779	255	14
Videregående uddannelse	11	1.046	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Lav score på den mentale helbredsskala og ambulante kontakter

Der er årligt 312.077 ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 133.765 blandt mænd og 178.312 blandt kvinder (tabel 12.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal somatiske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra somatiske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra somatiske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør 2 % af alle somatiske ambulante kontakter.

Der er årligt 489.334 ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 187.146 blandt mænd og 302.188 blandt kvinder (tabel 12.6). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra psykiatriske ambulante kontakter højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra psykiatriske ambulante kontakter blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør henholdsvis 38 % og 42 % af alle psykiatriske ambulante kontakter.

Tabel 12.6 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt relativ risiko (RR) for ambulant kontakt, ekstra antal ambulante kontakter og andel af alle ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra antal ambulante kontakter per 100.000 personer*	Andel af alle ambulante kontakter (%)*
Somatiske ambulante kontakter					
I alt	13	-	312.077	6.609	2
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,30	133.765	5.732	2
16-29 år	13	1,46	26.889	5.096	6
30-49 år	12	1,36	40.786	5.575	4
50-64 år	10	1,27	36.136	6.324	3
65-74 år	6	1,21	16.230	5.213	1
75 år eller derover	9	1,16	13.724	7.163	1
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,18	178.312	7.466	2
16-29 år	23	1,17	37.219	7.298	4
30-49 år	17	1,18	52.783	7.358	3
50-64 år	13	1,18	41.580	7.342	2
65-74 år	8	1,19	19.277	5.772	1
75 år eller derover	13	1,19	27.452	10.530	2
Psykiatriske ambulante kontakter					
I alt	13	-	489.334	10.363	40
Mænd					
I alt blandt mænd	11	7,50	187.146	8.020	38
16-29 år	13	7,32	66.842	12.669	46
30-49 år	12	7,43	78.573	10.741	44
50-64 år	10	7,54	31.879	5.579	39
65-74 år	6	7,62	5.312	1.706	28
75 år eller derover	9	7,69	4.541	2.370	38
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	6,06	302.188	12.653	42
16-29 år	23	5,28	136.771	26.819	49
30-49 år	17	5,75	105.932	14.767	44
50-64 år	13	6,20	38.724	6.838	40
65-74 år	8	6,60	8.182	2.450	30
75 år eller derover	13	6,95	12.579	4.825	44

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Social ulighed i ekstra ambulante kontakter relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal somatiske ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og kvinder med grundskole (tabel 12.7). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 22.836 og 30.096 færre somatiske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 22 % af alle ekstra somatiske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i somatiske ambulante kontakter relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra somatiske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Det højeste ekstra antal psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.7). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 22.575 og 27.422 færre psykiatriske ambulante kontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19 % og 17 % af alle ekstra psykiatriske ambulante kontakter. Denne sociale ulighed i psykiatriske ambulante kontakter relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra psykiatriske ambulante kontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 12.7 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal ambulante kontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra ambulante kontakter i forhold til personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal ambulante kontakter*	Ekstra ambulante kontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
Somatiske ambulante kontakter				
I alt	12	238.865	52.933	22
Mænd				
I alt blandt mænd	10	103.198	22.836	22
Grundskole	14	38.322	16.464	43
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	44.774	6.372	14
Videregående uddannelse	8	20.102	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	135.667	30.096	22
Grundskole	17	50.426	20.747	41
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13	49.557	9.349	19
Videregående uddannelse	11	35.684	Ref.	Ref.
Psykiatriske ambulante kontakter				
I alt	12	282.394	49.997	18
Mænd				
I alt blandt mænd	10	117.858	22.575	19
Grundskole	14	59.203	18.779	32
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	9	41.431	3.797	9
Videregående uddannelse	8	17.225	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	164.535	27.422	17
Grundskole	17	64.118	19.237	30
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	13	61.621	8.184	13
Videregående uddannelse	11	38.796	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK).

Lav score på den mentale helbredsskala og kontakter til alment praktiserende læge

Der er årligt 1.267.687 ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 450.066 blandt mænd og 817.621 blandt kvinder (tabel 12.8). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer), er antallet af ekstra lægekontakter højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala på 75 år eller derover. Ekstra lægekontakter blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør henholdsvis 3 % og 4 % af alle lægekontakter.

Tabel 12.8 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt relativ risiko (RR) for lægekontakt, ekstra antal lægekontakter og andel af alle lægekontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra antal lægekontakter per 100.000 personer*	Andel af alle lægekontakter (%)*
I alt	13	-	1.267.687	26.847	3
Mænd					
I alt blandt mænd	11	1,36	450.066	19.287	3
16-29 år	13	1,56	109.366	20.728	7
30-49 år	12	1,43	146.493	20.025	5
50-64 år	10	1,33	107.420	18.800	3
65-74 år	6	1,25	42.112	13.525	1
75 år eller derover	9	1,18	44.675	23.316	2
Kvinder					
I alt blandt kvinder	16	1,27	817.621	34.234	4
16-29 år	23	1,28	211.401	41.453	6
30-49 år	17	1,27	237.932	33.168	4
50-64 år	13	1,27	157.382	27.792	3
65-74 år	8	1,26	70.619	21.144	2
75 år eller derover	13	1,26	140.287	53.811	3

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Social ulighed i ekstra kontakter til alment praktiserende læger relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.9). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 74.174 og 138.038 færre lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 22 % og 23 % af alle ekstra lægekontakter. Denne sociale ulighed i lægekontakter relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra lægekontakter er højere med kortere uddannelse.

Tabel 12.9 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal lægekontakter blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal lægekontakter*	Ekstra lægekontakter i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	12	919.410	212.212	23
Mænd				
I alt blandt mænd	10	329.928	74.174	22
Grundskole	14	127.374	54.710	43
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	137.763	19.464	14
Videregående uddannelse	8	64.791	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	13	589.481	138.038	23
Grundskole	17	234.979	96.755	41
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13	212.307	41.284	19
Videregående uddannelse	11	142.195	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Sygesikringsregisteret.

Lav score på den mentale helbredsskala og sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år er der årligt 3.026.952 ekstra sygedage blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med personer uden en lav score, henholdsvis 1.133.870 blandt mænd og 1.893.081 blandt kvinder (tabel 12.10). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal sygedage per 100.000 personer), er antallet af ekstra sygedage højest blandt erhvervsaktive mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i alderen 50-64 år. Ekstra sygedage blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør henholdsvis 12 % og 14 % af alle sygedage.

Tabel 12.10 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt forskel i antal sygedage, ekstra antal sygedage og andel af alle sygedage blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Forskel i antal sygedage per 1.000 personer*	Ekstra antal sygedage*	Ekstra antal sygedage per 100.000 personer*	Andel af alle sygedage (%)*
I alt	10	-	3.026.952	122.987	13
Mænd					
I alt blandt mænd	8	-	1.133.870	87.015	12
18-29 år	11	2.812	76.823	30.109	6
30-49 år	9	10.510	605.923	97.100	14
50-64 år	6	17.354	451.124	106.483	11
Kvinder					
I alt blandt kvinder	12	-	1.893.081	163.460	14
18-29 år	17	6.295	219.323	108.810	15
30-49 år	12	14.266	993.285	173.185	14
50-64 år	8	21.352	680.474	177.679	13

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.

Social ulighed i ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal sygedage blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt mænd med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og blandt kvinder med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.11). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 13.018 og 44.004 færre sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 1 % og 3 % af alle ekstra sygedage. Denne sociale ulighed i sygedage relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra sygedage er højere med kortere uddannelse. Det negative antal og den negative andel (%), der ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse, er et udtryk for, at der er færre sygedage blandt mænd med en lav score på den mentale helbredskala end blandt mænd uden en lav score for denne uddannelsesgruppe.

Tabel 12.11 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal sygedage blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal sygedage*	Ekstra sygedage i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	9	2.595.299	57.023	2
Mænd				
I alt blandt mænd	8	985.514	13.018	1
Grundskole	9	186.127	27.134	15
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7	460.775	-14.116	-3
Videregående uddannelse	8	338.611	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	11	1.609.785	44.004	3
Grundskole	11	208.287	28.231	14
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10	647.837	15.774	2
Videregående uddannelse	10	753.661	Ref.	Ref.

*Sygedage: Sygedage ved langvarigt sygefravær; Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistiskregisteret.

Lav score på den mentale helbredsskala og nytilkendte førtidspensioner

Der er årligt 1.032 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt erhvervsaktive personer i alderen 18-64 år med en lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med erhvervsaktive personer uden en lav score, henholdsvis 498 blandt mænd og 534 blandt kvinder (tabel 12.12). Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer), er antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner højest blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala i aldersgruppen 50-64 år. Ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og kvinder med en lav score på den mentale helbredskala udgør 18 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Tabel 12.12 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala samt relativ risiko (RR) for nytilkendt førtidspension, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner og andel af alle nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 18-64 år, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Relativ risiko (RR)*	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra antal førtidspensioner per 100.000 personer*	Andel af alle førtidspensioner (%)*
I alt	14	-	1.032	31	18
Mænd					
I alt blandt mænd	11	3,55	498	29	18
18-29 år	13	4,29	51	10	30
30-49 år	12	3,65	197	28	24
50-64 år	8	3,16	251	52	15
Kvinder					
I alt blandt kvinder	17	2,84	534	33	18
18-29 år	22	3,07	38	7	32
30-49 år	16	2,87	196	29	23
50-64 år	11	2,70	299	68	16

**Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Social ulighed i ekstra nytilkendte førtidspensioner relateret til lav score på den mentale helbredsskala

Det højeste ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala ses blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (tabel 12.13). Hvis forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredskala i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 80 og 86 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 18 % og 17 % af alle ekstra nytilkendte førtidspensioner. Denne sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner relateret til en lav score på den mentale helbredsskala kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen (%) af ekstra nytilkendte førtidspensioner er højere med kortere uddannelse.

Tabel 12.13 Forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ekstra antal nytilkendte førtidspensioner blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse, 30-64 år, 2017.

	Forekomst af personer med en lav score på den mentale helbredsskala (%)	Ekstra antal førtidspensioner*	Ekstra førtidspensioner i forhold til videregående uddannelse	
			Antal*	Andel (%)*
I alt	12	964	166	17
Mænd				
I alt blandt mænd	10	456	80	18
Grundskole	14	239	78	33
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9	169	2	1
Videregående uddannelse	9	48	Ref.	Ref.
Kvinder				
I alt blandt kvinder	14	508	86	17
Grundskole	19	214	65	30
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14	203	21	11
Videregående uddannelse	12	92	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: Det Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).

Lav score på den mentale helbredsskala og samfundsøkonomiske omkostninger

Tabel 12.14 viser ekstra samfundsøkonomiske omkostninger, herunder ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet og ekstra omkostninger ved tabt produktion grundet fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død, blandt personer med en lav score på den mentale helbredskala i forhold til personer uden en lav score. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 7.751 mio. kr. Ekstra omkostninger til sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet (5.660 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger til hjemmehjælp (1.108 mio. kr.), medicin (535 mio. kr.) og praksis (449 mio. kr.).

I alt er der ekstra omkostninger ved tabt produktion på 20.180 mio. kr. Omkostninger relateret til langvarigt sygefravær udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger ved tabt produktion (14.467 mio. kr.). Herefter følger ekstra omkostninger relateret til nytilkendte førtidspensioner (4.270 mio. kr.) og tidlig død (1.443 mio. kr.).

Tabel 12.14 Ekstra omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsnet samt tabt produktion blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, 16 år eller derover, 2017.

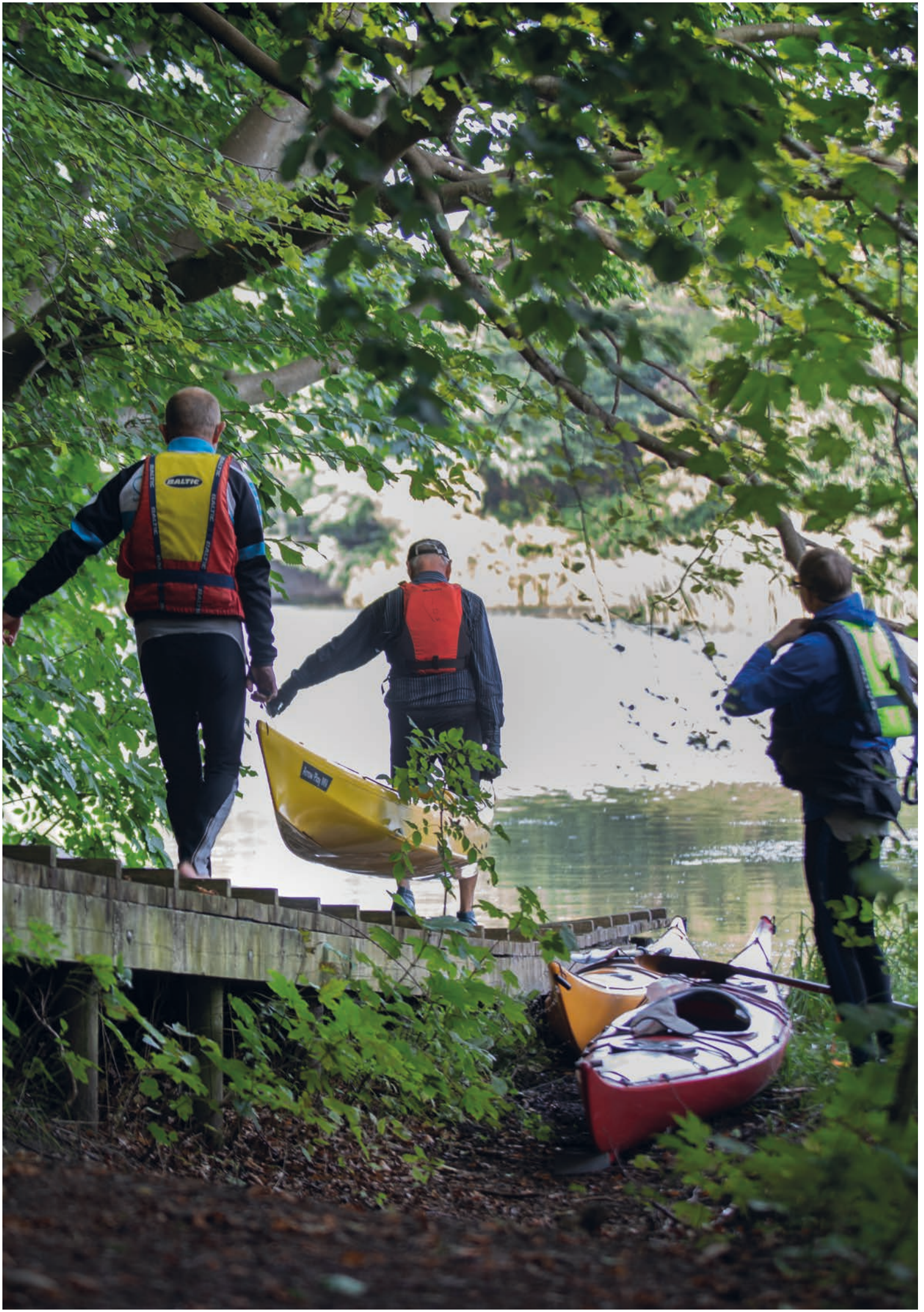
	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)				
Sektor i sundhedsvæsnet:	**Praksis**	**Sygehus**	**Medicin**	**Hjemmehjælp**	**I alt**
Omkostninger i sundhedsvæsenet i alt	449	5.660	535	1.108	7.751
Mænd					
I alt blandt mænd	168	2.416	262	463	3.309
16-29 år	24	168	13	0	205
30-49 år	56	775	83	0	914
50-64 år	47	761	85	-54	839
65-74 år	20	339	38	187	583
75 år eller derover	21	374	43	330	768
Kvinder					
I alt blandt kvinder	281	3.243	273	646	4.442
16-29 år	84	418	23	0	524
30-49 år	91	962	79	0	1.132
50-64 år	57	859	77	59	1.051
65-74 år	21	391	36	176	624
75 år eller derover	29	613	58	410	1.110

	Ekstra omkostninger i 2017 (mio. 2017-kr.)			
Tabt produktion:	**Langvarigt sygefravær**	**Førtidspension**	**Tidlig død**	**I alt**
Omkostninger ved produktionstab i alt	14.467	4.270	1.443	20.180
Mænd				
I alt blandt mænd	5.988	2.347	1.086	9.421
16-29 år	3.866	1.722	721	6.309
50-64 år	2.121	625	365	3.111
Kvinder				
I alt blandt kvinder	8.479	1.923	357	10.759
16-29 år	5.732	1.295	212	7.239
50-64 år	2.747	628	146	3.521

Omkostninger er opgjort som meromkostninger blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Omkostninger relateret til praksis er opgjort på baggrund af kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Omkostninger til sygehussektoren er opgjort på baggrund af oplysninger om indlæggelser og ambulante kontakter (både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet).
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Beskæftigelsesregisteret (DREAM), Ældredokumentationen og Indkomstregisteret.

Referencer

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. WHO 2001.
2. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv: En analyse af registerdata fra" Sundhedsprofilen 2010". Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2017.
3. Sundhedsstyrelsen. Mental Sundhed: Sundhedsstyrelsen, 2022. [Tilgået oktober 2022: https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed].
4. Christensen AI, Juel K, Kjøller M, Davidsen M. Mental sundhed blandt voksne danskere: Analyser baseret på Sundheds-og sygelighedsundersøgelsen 2005. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2010.
5. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996:220-33.
6. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol 1998;51(11):1171-8.
7. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. Health Qual Life Outcomes 2007;5(1):1-9.
8. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
9. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
10. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.


BALTIC

13

Luftforurening

13. Luftforurening

Ingen personer i Danmark lever uden luftforurening. I denne rapport anvendes derfor forskellige niveauer af luftforurening, målt ved percentiler, til at kategorisere personer udsat for lavere, moderat og højt niveau af luftforurening. I dette kapitel estimeres således den ekstra byrde for personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening. For eksempel belyses, hvor mange ekstra dødsfald, der ses blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening.

På grund af usikkerheder i målet for luftforurening og opgørelsesmetode, opgøres byrden af luftforurening kun for dødelighed, herunder ekstra antal dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår.

Mænd og kvinder, der er udsat for moderat eller højt niveau af luftforurening, lever i gennemsnit henholdsvis 0,3 år og 0,1 år kortere end mænd og kvinder udsat for et lavere niveau af luftforurening. Tabet i befolkningens middellevetid på 4 måneder og 1 måned blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening, i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, er der årligt:

- 1.022 ekstra dødsfald
- 8.619 og 279 tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder

Den social ulighed er kendetegnet ved, at andelen (%) af dødsfald er større blandt både mænd og kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse sammenlignet med mænd og kvinder med en videregående uddannelse.

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem luftforurening og dødelighed, men er derimod en opgørelse over hvor mange ekstra dødsfald, der ses for personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Der tages ikke højde for øvrige faktorer relateret til bopæl og nærmiljø, såsom trafik- eller nabostøj, der kan påvirke søvn, stress og sygdom og dermed have indflydelse på dødeligheden.

Introduktion

Luftforurening øger risikoen for en række tilstande og sygdomme, herunder astma og bronkitis, KOL, lungekræft, blodprop i hjernen, diabetes og hjerte-karsygdomme samt tidlig død (1-8). Dertil øger luftforurening risikoen for astma og hæmmet udvikling af lungefunktion hos børn og unge (9, 10). Nogle undersøgelser viser desuden en sammenhæng mellem luftforurening blandt gravide og tidlig fødsel samt mellem luftforurening og lav fødselsvægt blandt nyfødte børn (11-13). Luftforurening kan tilmed føre til forværring af de nævnte sygdomme, øget medicinforbrug og flere sygedage (6).

Resultaterne, der præsenteres i dette kapitel, er ikke nødvendigvis udtryk for en direkte sammenhæng mellem luftforurening og dødelighed. Derimod omfatter resultaterne en opgørelse over hvor mange ekstra dødsfald, der ses blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, når der er taget højde for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Det skal samtidig bemærkes, at det ikke kan konkluderes, om sammenhængen mellem luftforurening og dødelighed er kausal. Der kan være faktorer, som påvirker personers udsættelse for luftforurening, der samtidig også påvirker risikoen for død. Disse faktorer kan for eksempel være relateret til ens bopæl og nærmiljø, såsom trafik- eller nabostøj, der kan påvirke søvn, stress og mentale tilstande og dermed have indflydelse på risikoen for død. I disse tilfælde kan man således ikke tilskrive den ekstra byrde direkte til luftforurening, men derimod andre underliggende faktorer.

Luftforurening kan beskrives ud fra forskellige mål, såsom partikelforurening ($PM_{2,5}$ og PM_{10}), kvælstofdioxid (NO_2), ozon (O_3) og svovldioxid (SO_2), der hver især udtrykker forskellige elementer af luftforurening. I denne rapport er opgørelsen af byrden af luftforurening baseret på modelberegninger af de fine partikler, det vil sige partikler med diameter under 2,5 µm ($PM_{2,5}$). Cut-points ved percentiler anvendes til at kategorisere eksponeringsgrupper og en referencegruppe. Eksponering for luftforurening er kategoriseret således: Personer udsat for et moderat niveau af luftforurening (11,1 – 13,2 µg/m^3 (25.-75. percentil)) og personer udsat for et højt niveau af luftforurening (>13,2 µg/m^3 (cut-point ved 75. percentil)). Referencegruppen udgøres af personer udsat for et lavere niveau af luftforurening (<11,1 µg/m^3 (cut-point ved 25. percentil)) (se afsnit 4.1.9 for en detaljeret beskrivelse af definitionen).

I Danmark overholdes grænseværdierne for de luftforureningskomponenter, som indgår i EU's luftkvalitetsdirektiver for $PM_{2.5}$ på 25 µg/m^3 for årsmiddelværdi (6). Ingen personer i Danmark lever imidlertid hverken uden luftforurening eller udsættes for mindre luftforurening end WHO's Air Quality Guidelines på 5 µg/m^3 for $PM_{2.5}$ (14). De beregnede niveauer for $PM_{2.5}$ ved bopælsadressen for deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 eller 2017 (15-17) ligger mellem 5,7 og 20,2 µg/m^3. Derfor er referencegruppen for luftforurening ikke en såkaldt 'sund' referencegruppe som ved de fleste øvrige risikofaktorer, men i stedet en gruppe med lavere eksponering for luftforurening end eksponeringsgrupperne.

Ved sundhedskonsekvensvurdering for luftforurening bruger man traditionelt ikke kategorier som i denne rapport, men en matematisk funktion baseret på mange sammenstillede internationale befolkningsundersøgelser, der knytter risikoen for død eller andet sundhedsudfald til hele kontinuet af koncentrationer af for eksempel $PM_{2.5}$, og referencegruppen udgøres af personer, der slet ikke udsættes for luftforurening eller eventuelt et luftforureningsniveau, der ikke er menneskeskabt. Det giver typisk væsentligt højere antal tidlige dødsfald relateret til $PM_{2.5}$. Ellermann 2019 fandt for eksempel, at det årlige antal tidligere dødsfald som langtidseffekt af $PM_{2.5}$ var 3.017 i perioden 2016 til 2018 i Danmark (6). Resultaterne skal derfor fortolkes med udgangspunkt i disse forbehold.

På trods af en væsentlig forbedring af vidensgrundlaget for de helbredsmæssige konsekvenser af luftforurening er der fortsat usikkerhed forbundet med en vurdering af omfanget af denne viden og kilderne hertil. Denne rapport inkluderer kun totalt $PM_{2.5}$ og for eksempel ikke andre komponenter såsom kvælstofdioxid (NO_2), hvilket også har betydelige helbredskonsekvenser (6). Dertil er information om, hvor længe svarpersonerne har boet på deres bopælsadresse, og om personer opholder sig andre steder i betydelige perioder, ikke tilgængelige. Endelig er data for $PM_{2.5}$ kun tilgængelig for 2010, som anvendes for årene 2013 og 2017. Det vil sige, at modelberegningerne for 2010 overføres til 2013 og 2017, hvilket dermed kan resultere i misklassifikation. På grund af de ovennævnte usikkerheder i data og opgørelsesmetode, opgøres byrden af luftforurening kun for dødelighed og resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

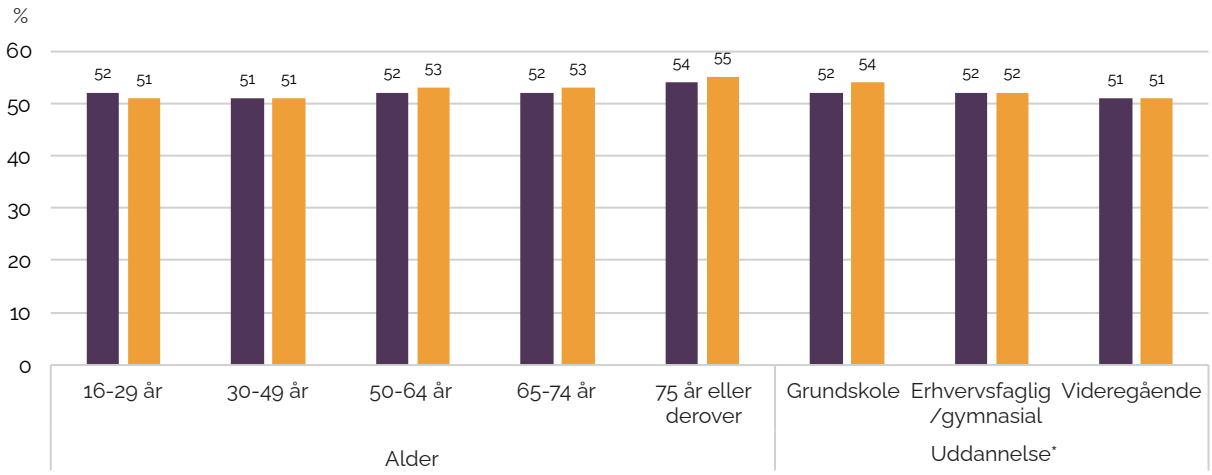
Forekomst af moderat eller højt niveau luftforurening

Det er ikke muligt at præsentere udviklingen af luftforurening i denne rapport, da der udelukkende anvendes modelberegninger for 2010.

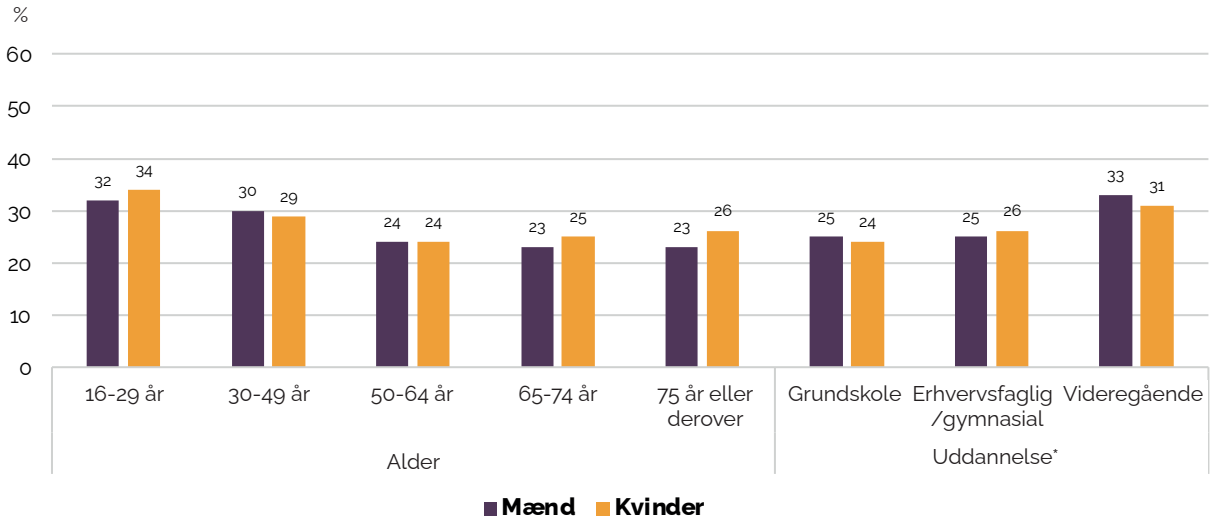
Blandt både mænd og kvinder udsat for et moderat niveau af luftforurening ses der ingen forskel i forekomsten på tværs af alders- og uddannelsesgrupper (figur 13.2.a). Derimod ses den højeste forekomst af personer udsat for højt niveau af luftforurening i aldersgruppen 16-29 år blandt både mænd og kvinder (figur 13.2b). Forekomsten af personer udsat for højt niveau af luftforurening er højest blandt personer med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Figur 13.2 Forekomst (%) af luftforurening: **a**) et moderat niveau af luftforurening og **b**) et højt niveau af luftforurening, opdelt på alder og uddannelse, 16 år eller derover, 2017.

a) Personer udsat for moderat niveau af luftforurening



b) Personer udsat for højt niveau af luftforurening



**Forekomsten af luftforurening opdelt på uddannelse er opgjort blandt personer på 30 år eller derover.*
Datakilder: The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project) og Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Luftforurening og dødelighed

Der er årligt 1.022 ekstra dødsfald blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening sammenlignet med personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, henholdsvis 642 blandt mænd og 380 blandt kvinder (tabel 13.1). Blandt mænd udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening ses en relativ risiko på 1,09 i forhold til mænd udsat for et lavere niveau af luftforurening, hvilket svarer til, at mænd udsat for moderat eller højt niveau af luftforurening har 9 % højere dødelighed end mænd udsat for et lavere niveau af luftforurening. Blandt kvinder udsat for et moderat niveau af luftforurening er den relative risiko 1,02, hvorimod kvinder udsat for et højt niveau af luftforurening har en relativ risiko på 0,97. En relativ risiko under 1 betyder i dette tilfælde, at kvinder udsat for højt niveau af luftforurening har en lavere risiko for død; i dette tilfælde er dødeligheden 3 % lavere end blandt kvinder udsat for at et lavere niveau af luftforurening. Det negative antal og den negative andel, der ses blandt kvinder i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år, er et udtryk for, at der er færre dødsfald blandt kvinder udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening end blandt kvinder udsat for et lavere niveau af luftforurening i disse aldersgrupper. Forskellen i den relative risiko mellem kvinder udsat for henholdsvis et moderat og et højt niveau af luftforurening samt forskellen mellem aldersgrupperne kan enten skyldes en reel forskel, eller at niveauet af luftforurening er et udtryk for andre underliggende faktorer, som eksempelvis er relateret til bopæl, nærmiljø eller sygdom. Det er således muligt, at betydningen af disse underliggende faktorer for dødelighed er forskellig blandt mænd og blandt kvinder. Forskellene i de relative risici er dog relativt små og kan derfor også være udtryk for statistisk tilfældighed.

Når der tages højde for antallet af personer i befolkningen i hver aldersgruppe (ekstra antal dødsfald per 100.000 personer), er antallet af ekstra dødsfald højest blandt mænd udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i aldersgruppen 50-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening udgør henholdsvis 2 % og 1 % af alle dødsfald.

Tabel 13.1 Forekomst af personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening samt relativ risiko (RR) for død, ekstra antal dødsfald og andel af alle dødsfald blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, 16 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)		Relativ risiko (RR)*				
	Moderat niveau af luft-forurening	Højt niveau af luft-forurening	Moderat niveau af luft-forurening	Højt niveau af luft-forurening	Ekstra antal dødsfald*	Ekstra antal dødsfald per 100.000 personer*	Andel af alle dødsfald (%)*
I alt	52	28	-	-	1.022	22	2
Mænd							
I alt blandt mænd	52	27	1,09	1,09	642	28	2
16-29 år	52	32	1,20	1,11	27	5	13
30-49 år	51	30	1,13	1,10	81	11	9
50-64 år	52	24	1,07	1,08	208	36	5
65-74 år	52	23	1,03	1,07	192	62	3
75+ år	54	23	0,99	1,07	134	70	1
Kvinder							
I alt blandt kvinder	52	28	1,02	0,97	380	16	1
16-29 år	51	34	1,02	0,91	-2	<1	-2
30-49 år	51	29	1,02	0,94	-3	<1	-1
50-64 år	53	24	1,02	0,98	12	2	1
65-74 år	53	25	1,02	1,01	48	15	1
75+ år	55	26	1,02	1,03	325	124	2

**Opgørelserne er opgjort for personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Social ulighed i ekstra dødsfald relateret til luftforurening

Det højeste ekstra antal dødsfald blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og blandt kvinder med grundskole (tabel 13.2). Hvis forekomsten af personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med en videregående uddannelse, ville der årligt have været 4 færre dødsfald blandt kvinder, svarende til 1 % af alle ekstra dødsfald. Blandt mænd ville der have været 5 flere dødsfald. Der ses ingen tydelig social ulighed i ekstra antal dødsfald relateret til luftforurening, da antallet og andelen af ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse er relativt små og ikke følger en gradient.

Tabel 13.2 Forekomst af personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening, ekstra antal dødsfald blandt personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening og ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

	Forekomst (%)			Ekstra dødsfald i forhold til videregående uddannelse	
	Moderat niveau af luftforurening	Højt niveau af luftforurening	Ekstra antal dødsfald*	Antal*	Andel (%)*
I alt	52	26	925	-1	<1
Mænd					
I alt blandt mænd	52	26	579	-5	-1
Grundskole	51	24	216	-13	-6
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	52	24	269	8	3
Videregående uddannelse	52	29	94	Ref.	Ref.
Kvinder					
I alt blandt kvinder	53	26	346	4	1
Grundskole	54	24	206	-3	-2
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	53	25	100	7	7
Videregående uddannelse	52	28	41	Ref.	Ref.

*Ref.: Referencegruppe. *Opgørelserne er opgjort for personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*

Datakilder: The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister.

Middellevetid og tabte leveår relateret til luftforurening

Middellevetid, eller restlevetid, for en 16-årig udtrykker det forventede antal leveår, som en 16-årig kan forvente at have tilbage at leve. I denne rapport, er middellevetid for en 16-årig beregnet ud fra den aktuelle dødelighed blandt 16-årige personer henholdsvis med et moderat, højt eller lavere niveau af luftforurening, hvorefter forskellen er fundet. Således lever mænd udsat for moderat eller højt niveau af luftforurening i gennemsnit henholdsvis 0,3 år og 0,7 år kortere end mænd udsat for et lavere niveau af luftforurening (tabel 13.3). Kvinder udsat for moderat eller højt niveau af luftforurening lever derimod i gennemsnit 0,1 år længere end kvinder udsat for et lavere niveau af luftforurening. Hvis luftforurening blev fjernet helt fra den danske befolkning, og der dermed tages højde for hvor mange personer, der er udsat for et moderat og højt niveau af luftforurening, ville mænd og kvinder leve henholdsvis 4 måneder og 1 måned længere ('Tab i middellevetid (måneder)' i tabellen). Tabet i befolkningens middellevetid giver anledning til 8.619 tabte leveår blandt mænd og 279 blandt kvinder.

Tabel 13.3 Forskel i middellevetid blandt personer udsat for et moderat eller højt og et lavere niveau af luftforurening, tab i befolkningens middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil 75-årsalderen på grund af ekstra dødsfald blandt mænd og kvinder udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening, 2017.

	Forskel i middellevetid for en 16-årig (år)		Tab i befolkningens middellevetid (måneder)*	Tabte leveår*
	Moderat niveau af luftforurening	Højt niveau af luftforurening		
Mænd	-0,3	0,7	4	8.619
Kvinder	0,1	0,1	1	279

**Opgørelserne er opgjort for personer udsat for et moderat eller højt niveau af luftforurening i forhold til personer udsat for et lavere niveau af luftforurening, justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.*
Datakilder: The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Persongister.

Referencer

1. Amini H, Dehlendorff C, Lim Y-H, Mehta A, Jørgensen JT, Mortensen LH, et al. Long-term exposure to air pollution and stroke incidence: a Danish nurse cohort study. Environ Int 2020;142:105891.
2. Brønnum-Hansen H, Bender AM, Andersen ZJ, Sørensen J, Bønløkke JH, Boshuizen H, et al. Assessment of impact of traffic-related air pollution on morbidity and mortality in Copenhagen Municipality and the health gain of reduced exposure. Environ Int 2018;121:973-80.
3. Hystad P, Larkin A, Rangarajan S, AlHabib KF, Avezum Á, Calik KBT, et al. Associations of outdoor fine particulate air pollution and cardiovascular disease in 157 436 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. Lancet Planet Health 2020;4(6):e235-e45.
4. Liu S, Jørgensen JT, Ljungman P, Pershagen G, Bellander T, Leander K, et al. Long-term exposure to low-level air pollution and incidence of chronic obstructive pulmonary disease: The ELAPSE project. Environ Int 2021;146:106267.
5. So R, Jørgensen JT, Lim Y-H, Mehta AJ, Amini H, Mortensen LH, et al. Long-term exposure to low levels of air pollution and mortality adjusting for road traffic noise: A Danish Nurse Cohort study. Environ Int 2020;143:105983.
6. Ellermann T, Brandt J, Rasmussen LMF, Geels C, Christensen JH, Ketzel M, et al. Luftkvalitet og helbredseffekter i Danmark, status 2018. Aarhus Universitet, Institut for Miljøvidenskab, Science and Technology, 2019.
7. Chen J, Hoek G. Long-term exposure to PM and all-cause and cause-specific mortality: A systematic review and meta-analysis. Environ Int 2020;143:105974.
8. Yang BY, Fan S, Thiering E, Seissler J, Nowak D, Dong GH, et al. Ambient air pollution and diabetes: A systematic review and meta-analysis. Environ Res 2020;180:108817.
9. Garcia E, Rice MB, Gold DR. Air pollution and lung function in children. J Allergy Clin Immunol 2021;148(1):1-14.
10. Han K, Ran Z, Wang X, Wu Q, Zhan N, Yi Z, et al. Traffic-related organic and inorganic air pollution and risk of development of childhood asthma: A meta-analysis. Environ Res 2021;194:110493.
11. Simoncic V, Enaux C, Deguen S, Kihal-Talantikite W. Adverse Birth Outcomes Related to NO(2) and PM Exposure: European Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health 2020;17(21).
12. Deguen S, Marchetta GP, Kihal-Talantikite W. Measuring Burden of Disease Attributable to Air Pollution Due to Preterm Birth Complications and Infant Death in Paris Using Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Int J Environ Res Public Health 2020;17(21):7841.
13. Fleischer NL, Merialdi M, van Donkelaar A, Vadillo-Ortega F, Martin RV, Betran AP, et al. Outdoor air pollution, preterm birth, and low birth weight: analysis of the world health organization global survey on maternal and perinatal health. Environ Health Perspect 2014;122(4):425-30.
14. World Health Organization (WHO). WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2. 5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO, 2021.
15. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
16. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
17. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.


Barbados W.I.

14

Flere samtidige risikofaktorer

14. Flere samtidige risikofaktorer

I dette kapitel beskrives, hvor stor en andel af deltagerne i Den Nationale Sundhedsprofil 2017, der har henholdsvis nul, en eller flere samtidige risikofaktorer blandt de risikofaktorer, som er inkluderet i denne rapport. Luftforurening er ikke medtaget i denne opgørelse, da alle personer i Danmark er udsat for et vist niveau af luftforurening, og fordi forekomsten af luftforurening af sat ud fra percentiler, hvor størstedelen af populationen er eksponeret. Den samlede population, som har information om de resterende otte risikofaktorer, omfatter 118.631 personer. De præsenterede tal er opregnet til den danske population for voksne danskere i alderen 16 år eller derover i 2017.

Tabel 14.1 viser forekomsten af personer, der har nul, en, to, tre, fire eller fem eller flere af de otte udvalgte risikofaktorer, opdelt efter køn, alder og længst fuldførte uddannelse. Det fremgår af tabellen, at der forekommer et betydeligt overlap mellem tilstedeværelsen af de udvalgte risikofaktorer, idet 45 % har to eller flere af de udvalgte risikofaktorer (24 % har to risikofaktorer, 12 % har tre risikofaktorer, 5 % har fire risikofaktorer og 2 % har fem eller flere risikofaktorer).

Flere kvinder end mænd har nul eller én risikofaktor, hvorimod flere mænd har to eller flere samtidige risikofaktorer. Forekomsten af mænd, der har to eller tre risikofaktorer stiger med alderen. Omvendt falder forekomsten af mænd, der har nul risikofaktorer med alderen. Forekomsten af kvinder, der har én eller to risikofaktorer stiger med alderen, hvorimod forekomsten af nul, fire og fem eller flere risikofaktorer falder med alderen. Der ses endvidere social ulighed i forekomsten af personer med to eller flere samtidige risikofaktorer, idet forekomsten er højere med kortere uddannelse for begge køn.

Tabel 14.1 Forekomst af nul, en og flere samtidige risikofaktorer, i alt og opdelt på køn, alder og uddannelse. Antal, andel og antal svarpersoner.

Antal risikofaktorer	Forekomst, n (%)												Antal svar-personer
	0		1		2		3		4		5+		
I alt	1.086.016	(23)	1.558.197	(33)	1.133.234	(24)	566.617	(12)	236.091	(5)	94.436	(2)	4.721.809
Mænd													
I alt	466.698	(20)	723.382	(31)	606.707	(26)	326.689	(14)	140.009	(6)	46.670	(2)	2.333.490
Alder													
16-29 år	131.905	(25)	158.286	(30)	131.905	(25)	68.591	(13)	26.381	(5)	10.552	(2)	527.619
30-49 år	182.884	(25)	234.092	(32)	168.254	(23)	87.784	(12)	36.577	(5)	21.946	(3)	731.537
50-64 år	102.847	(18)	182.839	(32)	154.270	(27)	79.992	(14)	34.282	(6)	17.141	(3)	571.372
65-74 år	40.476	(13)	96.520	(31)	102.748	(33)	49.817	(16)	18.681	(6)	6.227	(2)	311.356
75 år eller derover	22.993	(12)	61.314	(32)	63.230	(33)	32.573	(17)	11.496	(6)	1.916	(1)	191.606
Længst fuldførte uddannelse													
Grundskole	40.422	(10)	109.139	(27)	117.223	(29)	76.801	(19)	40.422	(10)	20.211	(5)	404.217
Erhvervsfaglig/ gymnasial	132.926	(17)	250.214	(32)	218.938	(28)	117.288	(15)	46.915	(6)	15.638	(2)	781.920
Videregående	145.409	(28)	182.761	(35)	124.636	(24)	46.739	(9)	15.580	(3)	5.193	(1)	519.317
Kvinder													
I alt	620.963	(26)	835.912	(35)	525.430	(22)	262.715	(11)	95.533	(4)	47.766	(2)	2.388.319
Alder													
16-29 år	147.895	(29)	152.995	(30)	107.096	(21)	61.198	(12)	25.499	(5)	15.299	(3)	509.982
30-49 år	208.033	(29)	251.074	(35)	143.471	(20)	71.735	(10)	28.694	(4)	14.347	(2)	717.354
50-64 år	124.584	(22)	209.528	(37)	135.910	(24)	67.955	(12)	22.652	(4)	11.326	(2)	566.291
65-74 år	83.498	(25)	123.576	(37)	80.158	(24)	33.399	(10)	10.020	(3)	3.340	(1)	333.990
75 år eller derover	59.961	(23)	96.460	(37)	62.568	(24)	31.284	(12)	7.821	(3)	2.607	(1)	260.702
Længst fuldførte uddannelse													
Grundskole	82.592	(17)	165.184	(34)	121.459	(25)	68.017	(14)	29.150	(6)	14.575	(3)	485.834
Erhvervsfaglig/ gymnasial	157.298	(23)	246.205	(36)	164.137	(24)	82.068	(12)	27.356	(4)	13.678	(2)	683.903
Videregående	202.884	(33)	227.476	(37)	122.960	(20)	43.036	(7)	12.296	(2)	6.148	(1)	614.800

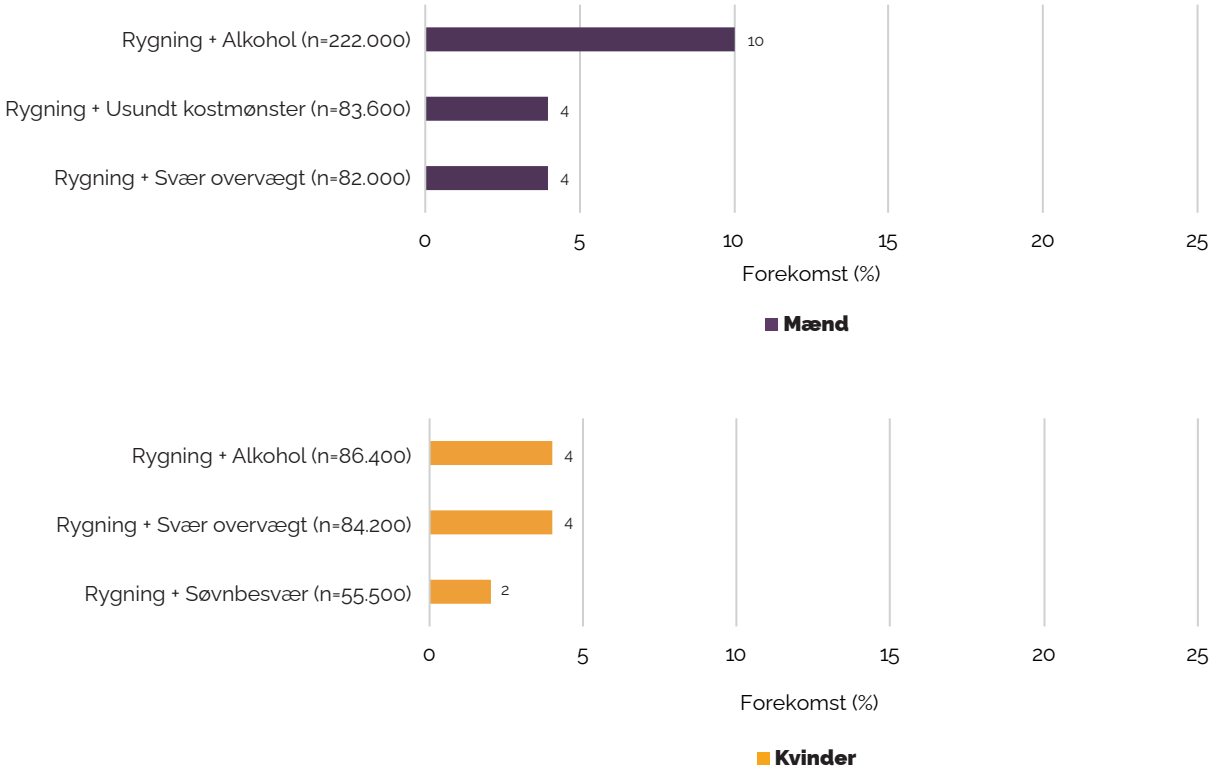
Som følge af afrundinger kan summen af forekomsterne afvige fra 100 %, når de summeres.

Kombinationer af risikofaktorer

I det følgende præsenteres de hyppigste risikofaktorkombinationer for henholdsvis mænd og kvinder, der har to eller tre risikofaktorer. De hyppigste kombinationer for personer, der har fire og fem risikofaktorer præsenteres ikke på grund af for få observationer.

Figur 14.1 viser de tre hyppigste kombinationer af risikofaktorer blandt mænd og kvinder, der har to risikofaktorer i 2017. Den hyppigste kombination for begge køn er rygning og alkohol. Dog er forekomsten af personer med rygning og alkohol som samtidige risikofaktorer højere blandt mænd (10 %) end blandt kvinder (4 %).

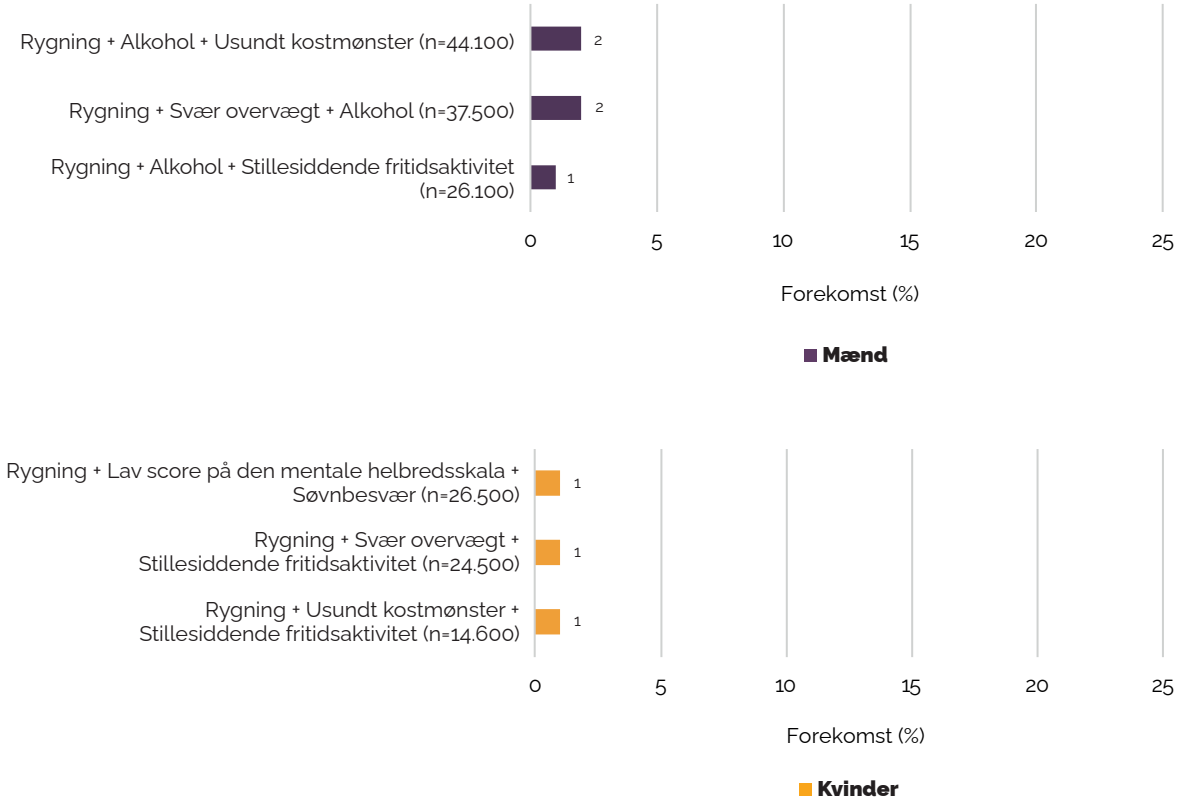
Figur 14.1 Forekomsten (%) af de tre hyppigste risikofaktorkombinationer med to risikofaktorer blandt henholdsvis mænd og kvinder.



De præsenterede antal (n) er opregnet til den voksne danske befolkning i alderen 16 år eller derover i 2017.

Figur 14.2 viser de tre hyppigste kombinationer blandt mænd og kvinder, der har tre risikofaktorer i 2017. Blandt mænd er den hyppigste kombination rygning, alkohol og usundt kostmønster (2 %), hvor det blandt kvinder er rygning, lav score på den mentale helbredsskala og søvnbesvær (1 %). Alle forekomster af kombinationer med tre risikofaktorer er dog meget lave.

Figur 14.2 Forekomsten (%) af de tre hyppigste risikofaktorkombinationer med tre risikofaktorer blandt henholdsvis mænd og kvinder.



De præsenterede antal (n) er opregnet til den voksne danske befolkning i alderen 16 år eller derover i 2017.



15

Bilag

Bilag 1. Datakilder

Opgørelser for byrden af udvalgte risikofaktorer i denne rapport er baseret på data fra nationale spørgeskemaundersøgelser og en række nationale administrative registre, dels på sundhedsområdet, dels på det sociale område. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 er danske spørgeskemaundersøgelser af den voksne befolknings sundhed, og helbred og trivsel gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (1-3). Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af de fem regioner, Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed. I undersøgelserne er der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor med svar fra tilfældigt udvalgte borgere, det vil sige en nationalt repræsentativ stikprøve. Data fra disse undersøgelser er ikke tilgængelige i de nationale administrative registre. I henholdsvis 2010, 2013 og 2017 deltog 177.639, 162.283 og 183.372 personer i Den Nationale Sundhedsprofil (med en besvarelsesprocent på henholdsvis 59 %, 54 % og 59 %). Idet personer, der vælger ikke at deltage, ikke fordeler sig jævnt i befolkningen, er der udregnet og benyttet statistiske vægte til at korrigere for et skævt bortfald i undersøgelserne. Dette er gjort for at sikre repræsentativitet af opgørelserne. Disse vægte er udregnet på baggrund af De Nationale Sundhedsprofiler 2010, 2013 og 2017 og nationale registre af Dataindsamling og Metode ved Danmarks Statistik – en såkaldt vægtning for non-response (1-3). I hver af undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017 har landets fem regioner samt Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, indsamlet svar på helt ensartede spørgsmål til Den Nationale Sundhedsprofil. Derudover har de indsamlet svar på supplerende spørgsmål til eget og kommunalt forskningsmæssigt brug. Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland samt Statens Institut for Folkesundhed har stillet supplerende data om fysisk aktivitet i fritiden fra 2017-undersøgelsen til rådighed for analyserne i denne rapport.

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR) blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med bopælsadresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål (4). 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 personidentifikations nummer (CPR-nr.), hvilket muliggør en individ-baseret kobling på tværs af de nationale registre. Udover kobling på tværs af registre indeholder registeret information om blandt andet køn, fødselsdato, ind- og udvandring og eventuel dødsdato (4).

Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret rummer oplysninger om alle dødsfald i Danmark siden 1970 (5). Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, der indeholder oplysninger om dødsfaldet. Disse oplysninger danner grundlag for Dødårsagsregisteret. Der er for hvert dødsfald angivet CPR-nr., dødsdato, en tilgrundliggende dødsårsag og eventuelt medvirkende dødsårsager, som alle anvendes til opgørelser af alkoholrelateret dødelighed i denne rapport (5). De specifikke diagnoser anvendt i denne rapport er specificeret i afsnit 4.1.3.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) indeholder oplysninger fra offentlige og private hospitaler, både på somatiske afdelinger (siden 1977) og psykiatriske afdelinger (LPR-PSYK, siden 1995) (6), herunder information om CPR-nr., hospitalsafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse, behandling og operation, for både akutte og planlagte 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 ambulant besøg, en indlæggelse og et efterfølgende ambulant besøg dermed udgøre tre separate kontakter. Fra 1994 og fremefter anvendes ICD-10 klassifikationer af diagnoser, og fra 1996 og fremefter bruges den danske

udgave af Nordic Classifcation of Surgical Procedures til operations- og behandlingsklassifikation for operationer (procedurer).

I denne rapport er der inddraget oplysninger om indlæggelser, akutte og planlagte ambulante kontakter for både somatiske og psykiatriske kontakter. Registret er anvendt således, at alle kontakter i perioden 2010 til 2018 er medtaget, ligesom der er medtaget besøg fra både afsluttede og uafsluttede kontakter. Desuden benyttes afregningsdatasættene for perioden 2010-2018, som tager udgangspunkt i kontakter i LPR og knytter afregningstakster baseret blandt andet på diagnoser og behandlinger til de enkelte kontakter. Til indlæggelser tilknyttes DRG-takster (DRG står for diagnoserelaterede grupper), og til ambulante besøg og skadestuebesøg tilknyttes DAGS-takster (DAGS står for Dansk Ambulant Grupperingssystem). Både DRG- og DAGS-taksterne er en beregning af sygehusenes gennemsnitlige omkostninger fordelt på forskellige diagnosegrupper.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser refunderet af den offentlige sygesikring fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, psykologer med flere (7). Registret indeholder oplysninger om alle kontakter siden 1990 med information om CPR-nr., bopæl, speciale for ydelse, ydernummer, data for ydelse m.m. I denne rapport benyttes kun information om kontakter til alment praktiserende læger og special praktiserende læger registreret i perioden 2010 til 2020. Til kontakterne er knyttet oplysninger om blandt andet yderens speciale, modtagerens personnummer, tidspunkt for ydelse og yderens honorar (7).

Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om alle indløste recepter på danske apoteker (8). Registret dækker perioden fra 1995 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra perioden 2010-2020. For hver indløst recept er der tilknyttet oplysninger om blandt andet typen af medicin (efter ATC-kodesystemet) (9), dosis, CPR-nr. for modtager, dato for indløsning og pris (8).

Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM)

Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget) er et ydelsesregister udarbejdet af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering ved Beskæftigelsesministeriet (10). Det er baseret på data fra Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, CPR-registret samt SKAT. DREAM omfatter samtlige personer, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991. Arten af ydelse angives ugevis for hver enkelt person. Den ugentlige ydelsesoplysning angiver for eksempel, om personen har været ledig, på orlov, på efterløn, på førtidspension, syg, på kontanthjælp, været på SU-berettiget uddannelse eller i aktivering. Fra 2008 og frem indeholder databasen desuden beskæftigelsesoplysninger (10, 11). I DREAM-registeret registreres kun personer 30 eller flere dages sygdom. I denne rapport er anvendt data fra perioden 2010-2020. Der foretages en prioritering mellem ydelserne på ugeniveau, såfremt der er tidsmæssigt overlap mellem flere forskellige datakilder. Død og pensionslignende ydelser har højest prioritet. Sygedagpenge prioriteres højt, da det er en central ydelse, og der samtidig kan være et væsentligt overlap til andre ydelser på ugeniveau. Der findes i DREAM en række koder for, at en person modtager sygedagpenge fra kommunen (10).

Indkomststatistikregistret

I Indkomststatistikregistret registreres alle oplysninger om beskæftigelse og indkomst i den danske befolkning (12). Registret dækker perioden 1970 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra 2010, 2013 og 2017. Variable for beskæftigelsesstatus benyttes i denne rapport til at opgøre den erhvervsaktive del af befolkningen til brug for opgørelserne vedrørende sygefravær og produktionstab (12).

Ældredokumentation

Ældredokumentationen blev etableret i 2008 og indeholder information om visiteret hjemmehjælp (13). Ældredokumentationen består af data, der dannes ud fra kommunernes månedlige indberetninger af leverede ydelser og indeholder information om CPR-nr., dato, typen af visiteret hjemmehjælp. I denne rapport benyttes den del af Ældredokumentationen, der indeholder oplysninger om leveret hjemmehjælp og leveret praktisk hjælp for perioden 2011-2020. Fra registret benyttes variablen for den gennemsnitlige leverede hjemmehjælp per uge i minutter, den gennemsnitlige leverede praktiske hjælp per uge i minutter samt hændelsesmåneden for den leverede hjemmehjælp og praktiske hjælp (13).

Uddannelsesregistret

Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1. oktober hvert år. Registret dækker perioden 1977 og frem (14). I denne rapport benyttes variablen for længst fuldførte uddannelse med en afgrænsning af personer på 30 år eller derover. Uddannelse grupperes i tre kategorier som følger: grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Information om uddannelse kan være ufuldstændig for personer født før 1945, samt for mange indvandrere (14).

Andre datakilder

Information om luftforurening indhentes fra The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (http://www.escapeproject.eu/) og Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project: http://www.elapseproject.eu/). I denne rapport anvendes modelberegninger for $PM_{2,5}$ i Danmark baseret på målinger i deltagende europæiske lande i 2010.

Udover de beskrevne registre og forskningsdatabaser benyttes data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken). Der benyttes køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser fra tabel RAS110 samt køns- og aldersspecifik løn fra tabel LON50. Fra tabel PRIS7 benyttes prisindeks til en indeksregulering til 2017-priser. Desuden udtrækkes overlevelsestavler fra tabel HISB9 til brug for de samfundsøkonomiske opgørelser af tabt produktion. Fra Fritvalgsdatabasen (15) er information om priser på praktisk hjælp og priser på personlig pleje inden for hjemmehjælpsområdet hentet for alle Danmarks kommuner. Et kommunalt gennemsnit er beregnet med udgangspunkt i de kommunale priser vægtet med antallet af borgere på 65 år eller derover i hver kommune. Prisen på leveret praktisk hjælp er beregnet til 420 kr. per time, og prisen på leveret personlig pleje er beregnet til 538 kr. per time (2017-niveau, indeksreguleret fra 2016-takst).

Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):22-5.
5. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. Scand J Public Health 2011;39(7 Suppl):26-9.
6. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):30-3.
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. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):38-41.
9. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Structure and principles 2011 [Tilgået august 2022: https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/].
10. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. DREAM vejledning version 46. 2021.
11. Danmarks Statistik. Beskæftigelsesminiteriets forløbsdatabase DREAM 2022 [Tilgået august 2022: https://www.dst.dk/extranet/Forskning-Variabellister/DREAM%20-%20Besk%C3%A6ftigelsesministeriets%20forl%C3%B8bsdatabase%20DREAM.html].
12. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):103-5.
13. Danmarks Statistik. Ældredokumentation København: Danmarks Statistik, 2022 [Tilgået august 2022: https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation].
14. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):91-4.
15. Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen 2022 [Tilgået august 2022: https://www.fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport].

Bilag 2. Metodiske forskelle ved brug af ætiologisk fraktion og Peto-Lopez-metoden til at estimere ekstra antal dødsfald, der kan tilskrives rygning

Rygerelaterede dødsfald kan estimeres på forskellige måder, som hver især har fordele og ulemper. Derfor vil der kunne være uoverensstemmelser mellem de resultater, der fremkommer ved brug af forskellige opgørelsesmetoder, som altså ikke nødvendigvis relaterer sig til egentlige forskelle i antal dødsfald, men snarere er et udtryk for afledte konsekvenser af metodevalget.

I denne rapport opgøres rygerelaterede dødsfald på baggrund af den ætiologiske fraktion, som udtrykker, hvor stor en andel af dødsfaldene, i en population, der ville kunne indgås, hvis rygning blev fjernet – det vil sige, hvis ingen ryger eller havde røget (1). Ved brug af den ætiologiske fraktion som opgørelsesmetode indgår den relative risiko som et centralt mål, som udtrykker risikoen for dødsfald, mellem personer der ryger eller har røget (eksponeringsgruppen) og personer, der aldrig har røget (referencegruppen). Udover den relative risiko for død indgår også forekomsten af personer der ryger eller tidligere har røget (eksponeringsgruppen). Det betyder, at den rygerelaterede dødelighed i denne rapport er opgjort som ekstra antal dødsfald (af alle årsager) blandt både personer, der tidligere har røget, personer, der dagligt ryger mindre end 15 cigaretter (inklusive personer, der ryger lejlighedsvist), og personer, der dagligt ryger 15 eller flere cigaretter, sammenlignet med personer, der aldrig har røget.

En anden velkendt metode til estimering af rygerelaterede dødsfald er Peto-Lopez-metoden (2), som er en indirekte estimering, der tager udgangspunkt i viden om dødeligheden af lungekræft både blandt personer, der ryger, og personer, der aldrig har røget. På baggrund af denne viden kan der beregnes en køns- og aldersspecifik 'syntetisk' forekomst af personer, der ryger, i Danmark. Baseret på denne syntetiske forekomst og den relative risiko for dødsfald som følge af lungekræft beregnes de ætiologiske fraktioner for andre rygerelaterede dødsårsager (kræft i øvre luftveje; andre kræftformer; KOL; andre luftvejssygdomme; hjertekarsygdomme; andre naturlige årsager). I Peto-Lopez-metoden antages det endvidere, at der ikke forekommer rygerelaterede dødsfald før 35-årsalderen, og at ingen dødsfald på grund af skrumpelever eller ved ulykker, selvmord eller mord er relateret til rygning.

Peto-Lopez-metoden er blandt andet brugt i en nyere rapport af Juel fra 2019 (3), hvor det årlige antal rygerelaterede dødsfald blev estimeret til 12.000 i perioden 2014 til 2016. Til sammenligning er det tilsvarende antal dødsfald i nærværende rapport estimeret til 15.920 i 2017. Denne antalsmæssige forskel mellem disse to resultater kan derfor dels forklares med forskelle i den valgte metode dels forskellige opgørelsesperioder.

I denne rapport er ætiologisk fraktion valgt, da denne metode opgør ekstra antal dødsfald (af alle årsager), hvorimod Peto-Lopez-metoden udelukkende estimerer rygerelaterede dødsårsager. Det er velkendt, at rygning øger risikofaktoren for en række andre sygdomme og dødsårsager end direkte rygerelateret herunder hjertekarsygdomme, type 2 diabetes, leddegigt (4-7). Desuden anvendes i denne opgørelse forekomster af de forskellige eksponeringsgrupper for rygning fra Den Nationale Sundhedsprofil, mens forekomsterne i rapporten af Juel er en 'syntetisk' forekomst estimeret ud fra viden om dødeligheden af lungekræft.

Opgørelsesperioden har ligeledes en betydning for antallet af dødsfald, idet befolkningen generelt set lever længere, hvorfor ældrepopulationen er større, og der derfor kan ske flere dødsfald.

Referencer

1. Juul S. Epidemiologi og evidens. København: Munksgaard, 2012.
2. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Health C. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. Lancet (1992); 339: 1268-78.
3. Juel K. Hjertekarsygdomme. En vurdering af rygningens betydning for dødelighed og nye tilfælde. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
4. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, 2014.
5. Møller SP, Sørensen I, Christensen AI, Tolstrup JS. Risikofaktorer for udvalgte hjertesygdomme: Livsstil og psykosociale forhold. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.
6. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2019.

Sundhed for alle ♥+●