



SUNDHEDSSTYRELSEN

Social ulighed i sundhed og sygdom

Udviklingen i Danmark
i perioden 2013 – 2021



SDU 
STATENS INSTITUT FOR
FOLKESUNDHED

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

Thora Majlund Kjærulff, adjunkt

Mikkel Bukholt Nielsen, videnskabelig assistent

Michael Davidsen, seniorforsker

Annette Kjær Ersbøll, professor

**Internt review ved Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet:**

Lau Caspar Thygesen, professor

Christian Ritz, professor

**Bidrag til rapporten fra andre medarbejdere ved Statens
Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet:**

Anna Paldam Folker, professor

Anne Illemann Christensen, seniorrådgiver

Christine Benn, professor

Isabelle Pascale Mairey, forsker

Ivalu Katajavaara Seidler, postdoc

Janne Schurmann Tolstrup, professor

Janni Ammitzbøll, forsker

Katrine Rich Madsen, seniorforsker

Kristine Bihrmann, seniorforsker

Lau Caspar Thygesen, professor

Lotus Sofie Bast, seniorforsker

Maj Britt Dahl Nielsen, seniorforsker

Marie Broholm-Holst, lektor

Mette Rasmussen, seniorforsker

Mette Rasmussen, forsker

Mogens Trab Damsgaard, lektor

Ola Ekholm, seniorrådgiver

Pia Vivian Pedersen, seniorforsker

Sanne Pagh Møller, postdoc

Sigurd Mørk Rønbøl Lauridsen, lektor

Trine Allerslev Horsbøl, lektor

Trine Flensburg-Madsen, professor

Trine Pagh Pedersen, seniorforsker

Veronica Pisinger, forsker

Perspektivering:

Finn Diderichsen, professor emeritus, Københavns Universitet

Terese Sara Høj Jørgensen, lektor, Københavns Universitet

Social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark

Udviklingen i Danmark i perioden 2013 – 2021

©Sundhedsstyrelsen 2024

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-647-0 (elektronisk)

Versionsdato: 05.12.2024

Layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Colourbox

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
April 2025

Forord

Denne anden statusrapport om social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark opgør ulighed mellem befolkningsgrupper på 69 væsentlige indikatorer. De er nøje udvalgt, fordi de kan belyse forhold, der har betydning for ulighed dels i *risikoen for at blive syg* og dels i *konsekvenserne af sygdom*.

Denne rapport viser, at der fortsat er nogle grupper i befolkningen, der systematisk er mere syge end andre og oplever alvorligere konsekvenser af sygdom.

Det er vores intention, at rapporten skal formidle viden, der kan anvendes af forskellige organisationer i arbejdet med social ulighed i sundhed. Rapporten er tiltænkt fagpersoner, der planlægger, tilrettelægger og prioriterer sundheds- og forebyggelsesindsatser. Rapporten kan bruge til opslag, hvad enten der arbejdes med at forebygge risikoen for sygdom eller med at målrette forløb for patienter, der har de største behov.

Blandt andet giver rapporten indblik i indikatorer, hvor der er betydelig ulighed allerede fra fødslen. Herved kan der sættes ind med tidlige indsatser for at fremme sundheden og forebygge sygdom i sårbare familier med svære levevilkår, dårlig sundhed og som har begrænsninger i at opsøge sundhedstilbud.

Når det kommer til social ulighed i sygdom, viser rapporten, at der er store forskelle fx med hensyn til forekomsten af diabetes og KOL. Samtidig er der forskelle på konsekvenserne af sygdommene i form af tilbagevenden til arbejde efter et sygdomsforløb. Rapporten giver viden som kan være en del af grundlaget for handling i de patientrettede indsatser, hvor der er en stor opgave med at skabe et sundhedsvæsen, der imødekommer forskelle i patienters livs- og helbredsmæssige situationer, præferencer og muligheder.

Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet har udarbejdet rapporten for Sundhedsstyrelsen.

I tillæg hertil har Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet bidraget ved at sætte rapporten ind i en historisk kontekst, sammenfatte de væsentligste resultater og pege på, hvad der kan bidrage til at reducere ulighed i og udenfor sundhedsvæsenet.

Steen Dalsgård Jespersen
Vicedirektør
Sundhedsstyrelsen

Opsummering af resultater

I det følgende præsenteres en opsummering af rapportens resultater. I denne rapport er social ulighed opgjort for en række udvalgte indikatorer. Social ulighed måles primært ved personernes længste fuldførte uddannelse inddelt i grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Der er enkelte undtagelser fra dette (f.eks. er restlevetid også vist for indkomstgrupper). I rapporten beskriver vi udviklingen i social ulighed over tid med udgangspunkt i perioden 2013-2021. Denne periode kan variere afhængigt af datakilden til den enkelte indikator. Derudover er der nogle enkelte indikatorer, hvor vi har valgt at se på en længere periode fordi indikatorerne er særlig konjunkturfølsomme, for eksempel arbejdsløshed. De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning på 30 år eller derover. Enkelte indikatorer omhandler spædbørn, børn, unge eller ældre over 65 år. Den aktuelle population vil afhænge af den specifikke indikator og tilhørende datakilde. De specifikke aldersgrupper for de enkelte indikatorer fremgår dels i kapitlernes beskrivelse af resultaterne og dels af Bilag 1.

Sociale vilkår for sundhed

Gini-koefficient

Gini-koefficienten, der er et mål for indkomstulighed mellem personer i et samfund, er steget fra 24 Gini-point i år 2001 til 30 i 2021. Der ses en stigning i indkomstuligheden i perioden 2001-2021.

Fattigdom

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der er fattige, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001 og 2021. Andelen, der er fattige, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

Arbejdsløshed

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001, 2011 og 2021. Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid og uddannelseslængde

Der ses en social ulighed i restlevetid blandt 30-årige i forhold til uddannelseslængde i perioden 2011-2021. Restlevetiden er længere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2021.

Restlevetid og indkomstniveau

Der ses en social ulighed i restlevetid blandt 30-årige i forhold til indkomstniveau i perioden 2001-2021. Restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Blandt kvinder ses der en stigning i den sociale ulighed i restlevetid i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Dødelighed i befolkningen

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1991-2021. Antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses blandt kvinder en stigning i den sociale ulighed i perioden 1991-2021 i aldersgrupperne 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Blandt mænd i aldersgruppen 45-64 år ses der en stigning i den sociale ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1991-2021, mens der blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden.

Dødfødsler

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler i årene 2013, 2017 og 2021. Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Neonatale dødsfald

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage, i årene 2013, 2017 og 2021. Antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Dødsfald blandt børn under 5 år

Der ses en høj grad af social ulighed i antal dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i årene 2013 og 2017, men ikke blandt børn født i 2015. Antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2017.

Selvvurderet helbred

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Funktionsevne - mobilitet

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har begrænset mobilitet, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Funktionsevne - kommunikationsfærdigheder

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, blandt kvinder i årene 2017 og 2021 og blandt mænd i årene 2013 og 2021. Andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsel før uge 37

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Børn, der er født små

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Amning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, er højere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Børnevaccinationsprogrammet - DiTeKiPol/Hib-vaccination

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Børnevaccinationsprogrammet – MFR-vaccination

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Børnevaccinationsprogrammet – HPV-vaccination

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der er færdigvaccineret mod HPV, i årene 2013 og 2017, mens der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod HPV, både blandt piger og blandt drenge i 2021. Andelen af piger og drenge, der er færdigvaccineret mod HPV, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021 blandt piger. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses for drenge, fordi drenge først blev tilbudt HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet fra 2019.

Tandsundhed hos børn

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, både blandt piger og blandt drenge i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Blandt piger ses der en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed i perioden blandt drenge.

Overvægt blandt skolebørn

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn med overvægt både blandt piger og blandt drenge i årene 2014, 2018 og 2022. Andelen af børn med overvægt er lavere med højere forældrenes socialgruppe. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

Ensomhed blandt skolebørn

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, blandt piger i 2022. Andelen af piger, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er højere med forældrenes lavere socialgruppe. Der ses ikke en social ulighed i andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, blandt drenge. Ændring i social ulighed i perioden 2014-2022 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Livstilfredshed blandt skolebørn

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed, blandt piger i årene 2014, 2018 og 2022. Andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med forældrenes højere socialgruppe. Der ses ikke en social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed, blandt drenge. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

Selvformåen blandt skolebørn

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav selvformåen, blandt piger i årene 2014, 2018 og 2022 og blandt drenge i årene 2014 og 2018. Andelen, der oplever lav selvformåen, er lavere med forældrenes højere socialgruppe. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

Børnefattigdom

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, i årene 2001 og 2021. Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

Ungdomsuddannelse

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Arbejdsmarkedstilknytning blandt unge uden ungdomsuddannelse

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, både blandt kvinder i årene 2013, 2017 og 2021 og blandt mænd i årene 2013 og 2021. Andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Stofbrug

Der ses ingen social ulighed i andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, i årene 2013 og 2017.

Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Daglig rygning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der ryger dagligt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Alkoholindtag – Mere end 10 genstande ugentligt

Der ses en lav til moderat grad af omvendt social ulighed i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, som drikker mere end 10 genstande, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Alkoholindtag – 5 eller flere genstande ved samme lejlighed

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt kvinder i årene 2013 og 2017 og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Fysisk inaktivitet

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der ikke opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data med sammenlignelige mål for fysisk aktivitet for hele perioden.

Svær overvægt

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af personer med svær overvægt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af personer med svær overvægt er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Ophobning af risikofaktorer

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data med sammenlignelige mål for ophobning af risikofaktorer for hele perioden.

Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Der ses en moderat og høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, blandt henholdsvis kvinder og mænd i 2021. Andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Arbejdsmiljø – fysisk anstrengende arbejde

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Mental sundhed og psykiske lidelser

Lav grad af mental sundhed

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har lav grad af mental sundhed, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har lav grad af mental sundhed, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Højt stressniveau

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen med højt stressniveau er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Ofte uønsket alene

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Depression

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Angst

Der ses en moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Bipolar lidelse

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, både blandt kvinder og blandt mænd i 2013, men ikke i 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Skizofreni

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer blandt kvinder i årene 2013, 2017 og 2021, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed alle tre år. Antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Selv mord

Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 personer blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antal selvmord pr. 100.000 mænd er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Somatiske sygdomme og ulykker

Type 2-diabetes

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Iskæmisk hjertesygdom

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Cerebrovaskulær sygdom

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med KOL ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Brystkræft

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder er højere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med brystkræft ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse.

Lungekræft

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med lungekræft ses en lav grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

Muskel-skelet-diagnoser

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Muskel-skelet-smerter

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Demens

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i årene 2017 og 2021 og blandt mænd i 2021. Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Multisygdom – 2 eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Multisygdom – 4 eller flere sygdomme

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Tandsundhed hos voksne

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Faldulykker

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021, mens der ikke ses en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, blandt kvinder i de tre år. Andelen, der kommer til skade ved faldulykker, er blandt mænd lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Kontakt til sundhedsvæsenet

Livmoderhalskræftscreening

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Brystkræftscreening

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft i alle tre screeningsrunder (runde 4-6). Andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed fra 4. screeningsrunde til 6. screeningsrunde.

Screening for tyk- og endetarmskræft

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2014, 2017 og 2021. Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2014-2021.

Brug af sundhedsydelse – kontakt til alment praktiserende læge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, i henholdsvis 2021 blandt kvinder og 2017 blandt mænd. Blandt kvinder i 2021 er andelen, der har haft kontakt med alment praktiserende læge, højere med længere fuldførte uddannelse. Blandt mænd i 2017 er andelen, der har haft kontakt med alment praktiserende læge, lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Brug af sundhedsydelser – kontakt til praktiserende speciallæge

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Forebyggelige indlæggelser

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Korttidsindlæggelser

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Visiteret hjemmehjælp – personlig pleje

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder i årene 2013 og 2021. Andelen af kvinder, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt mænd. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Visiteret hjemmehjælp – praktisk hjælp

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, blandt kvinder i årene 2013 og 2021 og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Kommunale sygeplejeydelser

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Førtidspension

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der modtager førtidspension, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001, 2011 og 2021. Andelen, der modtager førtidspension, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

Mangel på social støtte

Der ses en moderat og høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav grad af social støtte, blandt henholdsvis mænd og kvinder i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der oplever lav grad af social støtte, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Oversigt over resultater

Tabel A viser oversigt over resultaterne i rapporten. I tabellen beskrives for hver indikator graden af social ulighed samt udviklingen i den sociale ulighed i perioden, der analyseres.

Graden af social ulighed er som udgangspunkt beskrevet for årene 2013, 2017 og 2021, medmindre andet er indikeret ud for indikatoren med et tal. Graden af social ulighed i indikatoren er beskrevet som lav (L), moderat (M), høj (H), hvis der er en statistisk signifikant social ulighed. Hvis der ikke er en statistisk signifikant social ulighed for indikatoren, indikeres dette med "y". Hvis der ikke kommenteres på graden af social ulighed for indikatoren, indikeres dette med "x" (f.eks. for indikatoren *Gini-koefficient*, som viser et samlet befolkningsmål, der ikke er inddelt i uddannelsesgrupper, og for indikatorer, som udelukkende er beskrevet ved figurer, dvs. indikatorerne *restlevetid* og *dødelighed i befolkningen*). For nogle indikatorer er resultaterne vist for færre end tre år. Dette skyldes enten: 1) at der er for få personer indenfor uddannelsesgruppen med indikatoren i et eller flere år, således at resultaterne for dette/disse år ikke kan vises (f.eks. indikatoren *ensomhed blandt skolebørn*), 2) at der ikke er sammenlignelige data over tid til at beskrive indikatoren for alle tre år (f.eks. indikatoren *fysisk inaktivitet*), eller 3) at indikatoren beskrives for to tidsperioder og ikke tre år, hvilket forekommer i kapitel 5 (f.eks. indikatoren *iskæmisk hjertesygdom*). En detaljeret beskrivelse af indikatorerne findes i rapportens kapitler og i Bilag 1.

Udviklingen i den social ulighed er beskrevet med en pil op eller ned for henholdsvis en statistisk signifikant stigning eller reduktion i den sociale ulighed i perioden som analyseres (i de fleste tilfælde perioden 2013-2017). En streg "-", indikerer, at der ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden. I de tilfælde, hvor det ikke har været muligt at lave en trend test på grund af for få år, indikeres dette med "z".

TABEL A.

Oversigt over rapportens resultater

Indikator							Udvikling			
	Kvinder		Mænd		Total		Kvinder	Mænd	Total	
KAPITEL 1										
Gini-koefficient									x	↑
Fattigdom ¹	M	H	H	H			↑	↑		
Arbejdsløshed ²	M	M	L	M	L	L	↓	-		
KAPITEL 2										
Restlevetid										
Restlevetid og uddannelse	x		x				-	-		
Restlevetid og indkomst	x		x				↑	-		
Dødelighed i befolkningen										
1-24-årige	x		x				↑	-		
25-44-årige	x		x				↑	↓		
45-54-årige	x		x				↑	↑		
Børnedødelighed og dødfødsler										
Dødfødsler						M H M				-
Neonatale dødsfald						H H H				-
Dødsfald blandt børn under 5 år ³						H y H				-
Selvurderet helbred	H	H	H	H	H	H	-	-		

Indikator							Udvikling		
	Kvinder		Mænd			Total	Kvinder	Mænd	Total
Funktionsevne									
Mobilitet	M	H	H	H	H	H	-	-	
Kommunikationsfærdigheder	y	H	H	H	y	H	-	-	
KAPITEL 3									
Fødsler									
Fødsels før uge 37						M L M			-
Børn, der er født små						L L M			-
Amning						H H H			-
Børnevaccinationsprogrammer									
DiTeKiPol/Hib						H H H			-
MFR						H H H			-
HPV	M	L	H			H	↑	Z	
Tandsundhed hos børn	H	H	H	H	H	H	↓	-	
Overvægt blandt skolebørn ⁴	H	H	H	H	M	M	-	-	
Ensomhed blandt skolebørn ⁴	y		H	y		y	Z	Z	
Livstilfredshed blandt skolebørn ⁴	M	M	M	y	y	y	-	-	
Selvformåen blandt skolebørn ⁴	H	H	M	M	H	y	-	-	
Børnefattigdom ¹						H H			↑
Unge uddannelse og beskæftigelse									
Ungdomsuddannelse	H	H	H	H	H	H	↓	↓	
Arbejdsmarkedstilknytning	M	M	L	L	y	L	-	-	
Stofbrug						y y			Z
KAPITEL 4									
Daglig rygning	H	H	H	H	H	H	-	-	
Alkoholindtag									
Mere end 10 genstande ugentlig	M	M	M	L	L	L	-	-	
5 el. flere genstande ved samme lejlighed	L	L	y	L	L	L	-	-	
Fysisk inaktivitet			M			M	Z	Z	
Svær overvægt	H	H	H	H	H	H	-	-	
Ophobning af risikofaktorer			H			H	Z	Z	
Arbejds miljø									
Indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver			M			H	Z	Z	
Fysisk anstrengende arbejde			H			H	Z	Z	

Indikator							Udvikling		
	Kvinder		Mænd		Total		Kvinder	Mænd	Total
KAPITEL 5									
Dårlig mentalt sundhed	M	H	M	M	M	M	-	-	
Højt stressniveau	H	H	H	H	H	H	-	-	
Ofte uønsket alene	H	H	M	H	H	H	-	-	
Depression	M	M	L	M	M	L	↓	↓	
Angst	M	M	M	M	M	M	↓	↓	
Bipolar lidelse	L	y	y	L	y	y	↓	↓	
Skizofreni	M	L	M	M	M	H	-	-	
Selv mord	y	y	y	H	M	M	-	-	
KAPITEL 6									
Type 2-diabetes	H	H	H	M	H	M	-	↑	
Iskæmiske hjertesygdom ⁵	M		M	L		L	Z	Z	
Cerebrovaskulær sygdom ⁵	L		L	L		L	Z	Z	
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) ⁵	H		H	H		H	Z	Z	
Brystkræft ⁵	L		L				Z		
Lungekræft ⁵	H		H	H		H	Z	Z	
Tyk- og endetarmskræft ⁵	L		L	L		L	Z	Z	
Muskel-skelet-lidelser									
Muskel-skelet-diagnoser	L	L	L	L	L	L	-	↑	
Muskel-skelet-smerter	H	H	M	H	H	H	-	-	
Demens	y	L	L	y	y	L	-	-	
Multisygdom									
2 eller flere sygdomme	M	M	M	M	M	M	↑	↑	
4 eller flere sygdomme	M	M	M	M	M	M	↑	↑	
Tandsundhed hos voksne	H	H	H	H	H	H	-	-	
Faldulykker	y	y	y	L	L	L	-	-	
KAPITEL 7									
Livmoderhalskræftscreening	H	H	H				↑		
Brystkræftscreening ⁶	M	M	M				-		
Screening for tyk- og endetarmskræft ⁷	L	L	M	M	M	M	↑	↑	
Brug af sundhedsydelse									
Kontakt til alment praktiserende læge	y	y	L	y	L	y	-	-	
Kontakt til praktiserende speciallæge	L	L	L	L	L	L	-	-	

Indikator							Udvikling		
	Kvinder		Mænd			Total	Kvinder	Mænd	Total
Forebyggelige indlæggelser	L	M	L	M	M	M	-	-	
Korttidsindlæggelser	M	M	M	M	M	M	-	-	
Visiteret hjemmehjælp									
Personlig pleje	L	y	L	y	y	y	-	-	
Praktisk hjælp	L	y	L	L	L	L	-	-	
Kommunale sygeplejeydelser	M	L	M	M	L	L	-	-	
Førtidspension ²	H	H	H	H	H	H	↑	↑	
Mangel på social støtte	H	H	H	M	M	M	-	-	

x Der kommenteres ikke på graden af social ulighed.
y OR/IRR er ikke statistisk signifikant.
z Der kommenteres ikke på SII/trend test.

Graden

L Lav
M Moderat
H Høj

Udvikling

↑ Stigning
↓ Reduktion
- Ingen ændring

År

1 2001, 2021
2 2001, 2011, 2021
3 2013, 2015, 2017
4 2014, 2018, 2022
5 2014-2017, 2018-2021
6 Screeningsrunde 4, 5 og 6
7 2014, 2017, 2021

Indhold

Forord	4
Opsummering af resultater	4
Sociale vilkår for sundhed	4
Generelle helbredsindikatorer	4
Tidlige vilkår for sundhed og sygdom	6
Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø	8
Mentalt helbred og psykisk sygdom	9
Somatiske sygdomme og ulykker	10
Kontakt med sundhedsvæsenet	12
Oversigt over resultater	14
Perspektivering	22
A: Hvorfor er ulighed i sundhed vigtigt?	22
B: Et 40 års perspektiv	22
C: Et livsforløbsperspektiv	23
D: Prioritering mellem sygdomme og sygdomsårsager	24
E: Forebyggende indsatser mod ulighed i sundhed	26
F: Årsager til og indsatser mod ulighed i sygdomsforløb og -konsekvenser	28
G: Struktur for mere lighed i sundhedsvæsenet	29
Referencer	31
Læsevejledning	35
Ændringer i forhold til rapporten fra 2020	35
Ordforklaring	37
Beskrivelse af resultater	43
1 Sociale vilkår for sundhed	44
1.1 Gini-koefficient	46
1.2 Fattigdom	47
1.3 Arbejdsløshed	49
Opsummering	51
Referencer	52

2	Generelle helbredsindikatorer	54
2.1	Restlevetid	56
2.2	Dødelighed i befolkningen	59
2.3	Børnedødelighed og dødfødsler	61
2.4	Selvvurderet helbred	68
2.5	Funktionsevne	70
	Opsummering	75
	Referencer	76
3	Tidlige vilkår for sundhed og sygdom	78
3.1	Fødsler	80
3.2	Amning	85
3.3	Børnevaccinationsprogrammet	87
3.4	Tandsundhed hos børn	94
3.5	Overvægt blandt skolebørn	96
3.6	Ensomhed hos skolebørn	98
3.7	Livstilfredshed	100
3.8	Selvformåen blandt skolebørn	102
3.9	Børnefattigdom	104
3.10	Unge uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning	106
3.11	Stofbrug	111
	Opsummering	113
	Referencer	114
4	Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø	118
4.1	Daglig rygning	120
4.2	Alkoholindtag	122
4.3	Fysisk inaktivitet	127
4.4	Svær overvægt	129
4.5	Ophobning af risikofaktorer	131
4.6	Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver	133
4.7	Arbejdsmiljø – fysisk anstrengende arbejde	135
	Opsummering	137
	Referencer	138

5	Mentalt helbred og psykiske lidelser	140
5.1	Lav grad af mental sundhed	142
5.2	Højt stressniveau	144
5.3	Ofte uønsket alene	146
5.4	Depression	148
5.5	Angst	150
5.6	Bipolar lidelse	152
5.7	Skizofreni	154
5.8	Selvmord	156
	Opsummering	158
	Referencer	159
6	Somatiske sygdomme og ulykker	162
6.1	Type 2-diabetes	164
6.2	Iskæmisk hjertesygdom	166
6.3	Cerebrovaskulær sygdom	170
6.4	Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	174
6.5	Brystkræft	178
6.6	Lungekræft	182
6.7	Tyk- og endetarmskræft	186
6.8	Muskel-skelet-lidelser	190
6.9	Demens	195
6.10	Multisygdom	198
6.11	Tandsundhed hos voksne	203
6.12	Faldulykker	205
	Opsummering	207
	Referencer	208

7	Kontakt med sundhedsvæsenet	212
7.1	Livmoderhalskræftscreening	214
7.2	Brystkræftscreening	216
7.3	Screening for tyk- og endetarmskræft	218
7.4	Brug af sundhedsydelse justeret for behov	220
7.5	Forebyggelige indlæggelser	225
7.6	Korttidsindlæggelser	227
7.7	Visiteret hjemmehjælp	229
7.8	Kommunale sygeplejeydelser	234
7.9	Førtidspension	236
7.10	Mangel på social støtte	238
	Opsummering	240
	Referencer	241
	Bilag	244
	Bilag 1 Materialer og metode	245
	Beskrivelse af datakilder	245
	Registre	245
	Spørgeskemaundersøgelser	248
	Analysemetoder	249
	Definition af indikatorer	251
	Kategorisering af uddannelseslængde	263
	Bilag 2 Koder for diagnoser og lægemidler	264
	Bilag 3 Koder og lægemidler brugt til definition af multisygdom	266
	Bilag 4 Kodning af vaccinationer	271
	Bilag 5 Koder for medicinske specialer	272
	Bilag 6 Ændringer i forhold til rapporten fra 2020	273
	Bilagsreferencer	275

Perspektivering

Af Finn Diderichsen, professor emeritus og Terese Sara Høj Jørgensen, lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

A: Hvorfor er ulighed i sundhed vigtigt?

Et vigtigt mål for samfundsudviklingen er at øge menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på. Uddannelse, arbejde, økonomi og sociale relationer er alle vigtige for den frihed, men et godt helbred er en særlig vigtig forudsætning. Et godt helbred sikrer en grundlæggende frihed, som udover at have værdi i sig selv, også påvirker mulighederne for at kunne uddanne sig, arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Disse forhold er ydermere vigtige forudsætninger for et godt helbred¹.

I et samfund, der belønner uddannelse og arbejdsindsats, er en vis grad af ulighed i arbejdsforhold og indkomster uundgåelig. Ulighed i helbred er imidlertid hverken til gavn for den enkelte eller samfundet som helhed.

Den systematiske ulighed i sundhed mellem befolkningsgrupper opdelt efter uddannelse, erhverv eller indkomst opfattes som en etisk og politisk udfordring i mange lande, herunder Danmark. Den stigende ulighed i sundhed kan opfattes, som et resultat af en samfundsudvikling, som har skabt velstand og bedre sundhed for mange, mens andre ikke har haft samme gunstige udvikling og i stedet har oplevet øget sygelighed. Det bliver således et fælles ansvar at lindre de negative effekter af samfundsudviklingen, herunder den sociale ulighed i sundhed².

B: Et 40 års perspektiv

I 2024 var det 40 år siden at Danmark sammen med de andre lande i WHO's Europa-region enedes om en række sundhedspolitiske mål for at opnå Health for All i år 2000³. Mål nummer et lød således: *"By the year 2000 the actual differences in health between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25% by improving the level of health of disadvantaged nations and groups"*. Det mål var både ambitiøst og upræcist. Man foranlediges til at spørge: 25% af hvad og mellem hvem? Flere lande gik dog i gang med at udarbejde nationale folkesundhedsplaner med henblik på at minimere uligheden^{4,5}, herunder Danmark, der på tværs af 11 ministerier udarbejdede et forebyggelsesprogram i 1989⁶ og et folkesundhedsprogram i 2002⁷, hvor ulighed i sundhed blev særligt fremhævet. Da uligheden de følgende år fortsatte med at stige, udarbejdede Sundhedsstyrelsen senere en mere detaljeret redegørelse om ulighedens årsager og mulige indsatser for at mindske den⁸. En systematisk monitorering af uligheden påbegyndtes i 2020⁹. Det sker nu i form af tilbagevendende analyser af udviklingen på en lang række parametre. Nærværende rapport er således den anden i rækken.

Meget er sket siden 1984. For 40 år siden døde 48% af en fødselsårgang, inden de blev 75 år. I dag er det 30%. Det er en stor forandring, som betyder at middellevetiden er steget med 7 år. Det er først og fremmest et stort fald i dødeligheden i hjertekarsygdomme, som har udløst denne stigning, men en mindsket dødelighed i ulykker og selvmord har også bidraget. Det er i høj grad et resultat af mere effektiv forebyggelse og behandling. Denne udvikling er kommet alle til gavn, men i meget varierende grad. For borgere med videregående uddannelse er dødeligheden mindsket i gennemsnit 2,7% per år. For borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse er dødeligheden mindsket kun 0,8% per år (beregnet for aldersgruppen 25-64 år i 1991-2021. Se afsnit 2.2).

Det fremstår umiddelbart som paradoksalt, at uligheden stiger i en periode, hvor effektiviteten i sundhedspolitikken er forbedret, både i det forebyggende arbejde mod risikofaktorer og i det behandlende arbejde for bedre overlevelse. Dette beror delvist på, at mange indsatser ikke når ud til alle eller har ulige effekt. Et norsk studie har for nylig vist, at ulighed i dødelighed hovedsageligt findes for de sygdomme, som vi med nuværende viden kan forebygge og behandle, mens der for de mere upåvirkelige dødsårsager næsten ingen ulighed er¹¹.

Forebyggelsens effekt på uligheden beror på valg af virkemiddel. Vi ved, at strukturelle virkemidler oftere mindsker uligheden, mens individuelle virkemidler risikerer at øge den¹² (se afsnit E). Ulighed i implementering af virkemidlerne kan ligeledes spille ind. Der kan fx være ulighed i fastholdelse og kvalitet i den patientrettede forebyggelse i de lange kronikerforløb¹³. Mange risikofaktorer påvirker hinandens effekt og ophobes i stigende grad hos individer med kort uddannelse. Det kan skabe ulighed i modtagelighed for effekten af den enkelte risikofaktor.

Der findes også flere ældre og dermed flere multisyge. Sygdomme påvirker hinandens forløb og multisygdom er socialt ulige fordelt. Det skaber social ulighed i sygdomsforløb.

I det følgende illustreres, hvordan nærværende rapport giver indblik i nogle af de årsager og mekanismer, som findes bag udviklingen. Ulighed i sundhed handler både om ulighed i risiko at blive syg, og ulighed i konsekvenser af at være syg. Derfor skal den mere fremadrettede diskussion om, hvad der kan gøres for at mindske uligheden både handle om, hvilke årsager og indsatser der skal prioriteres for at forebygge uligheden (se afsnit E), og hvilke årsager og indsatser der skal prioriteres for at mindske ulighed i sygdomsforløb (se afsnit F).

C: Et livsforløbsperspektiv

De første leveår er en sårbar periode, som har stor betydning for social ulighed i sundhed. Det viser sig allerede i den betydende ulighed i børnedødelighed (se afsnit 2.3). Det har også længe været klart, at børnenes første leveår spiller en stor rolle for uddannelse og sundhed senere i livet¹⁴. Men det er alligevel bemærkelsesværdigt, at en række nyere danske studier har vist, at vanskelige vilkår i barndommen, selv når man vokser op i en velfærdsstat som Danmark, har stor betydning for alvorlig sygdom og død senere i livet¹⁵⁻¹⁷. En ophobning af svære barndomsoplevelser med fattigdom, sygdom, tab, kriminalitet og skilsmisse i familien kan betyde op til fire gange højere risiko for at dø og blive alvorligt syg i det tidlige voksenliv. Både disse studier og VIVEs interviewundersøgelser af børn og unge¹⁸ viser, at den type af barndomsoplevelser er hyppigere i familier, hvor forældrene har kort uddannelse. Nærværende rapport viser, at andelen af børn som lever under fattigdomsgrænsen, er stærkere knyttet til forældrenes uddannelse end den var for 20 år siden (se afsnit 3.9). Andre studier viser også, at det at have forældre med kort uddannelse, i stigende udstrækning er associeret med at være fattig, bo i udsatte områder og have psykisk sygdom i familien¹⁹. Der sker med andre ord en ophobning af negative faktorer, som kan forstærke hinandens negative effekt på børnenes helbred²⁰. Aktuelle studier viser hvordan fattigdom blandt børn er associeret med mindre amning, usunde kostvaner og overvægt²¹.

En gennemført ungdomsuddannelse har stor betydning for senere tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed for helbredet. Selvom uddannelsesmobiliteten er øget, så er det i dag fortsat kun omkring halvdelen af unge på 25 år med forældre, som har grundskole som længste uddannelse, der har gennemført en ungdomsuddannelse (se afsnit 3.10). Disse unge har mange sociale og helbredsmæssige udfordringer, og vi ved blandt andet, at halvdelen oplever dårligt mentalt helbred. Unge, som tidligt i livet lider af ensomhed, lav trivsel og psykiske symptomer, har en forhøjet risiko for senere i livet at være uden for både uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet²². Vi ved, at børn fra socialt dårligt stillede hjem oftere havner i en ond cirkel, hvor vanskeligheder med at klare skolearbejdet leder til psykisk mistrivsel (se afsnit 3.7), hvilket gør det endnu sværere at leve op til kravene i skolen.

Unge, der ikke gennemfører en ungdomsuddannelse, møder andre livsvilkår som voksne. Risikoen for arbejdsløshed er forhøjet, hvis ikke man har en uddannelse eller har en kort uddannelse, men her er uligheden dog mindsket de senere år (se afsnit 1.3). Der er imidlertid fortsat en stor ulighed i arbejdsmiljø, hvilket har betydning for ulighed i sygdomsbyrden (se afsnit 4.6 og 4.7). Ingen sygdomsårsager, udover børnefattigdom, er så socialt skævt fordelt som det fysiske arbejdsmiljø. Det fysiske arbejdsmiljø spiller en vigtig rolle, ikke kun for ulighed i sygdomsbyrde, men også for ulighed i behovet for tidlig tilbagetrækning fra arbejdslivet²³.

For uligheden i dødelighed har tobaksrygning i mange år spillet en stor rolle¹⁰, og uligheden i tobaksforbrug er fortsat stor (afsnit 4.1). Tobaksforbruget er blandt andet påvirket af nikotinafhængighed og stress²⁴, men også af tobaksindustriens markedsføring, som ofte har været særligt rettet mod grupper med færre ressourcer²⁵.

Diabetes er en sygdom, der ligesom svær overvægt, optræder med en stejl social gradient (afsnit 6.1 og 4.4). Her spiller den globale produktudvikling og markedsføring af fødevarer, som designes til at være energitætte, velsmagende og billige, med højt indhold af fedt og sukker, en stor rolle²⁶. Ofte i samspil med den type af negative vilkår tidligt i livet, som vi nævnte ovenfor²⁷.

Der er stadig, især blandt ældre, en omvendt social ulighed i højt forbrug af alkohol (afsnit 4.2). Det ændrer ikke ved, at alkoholens sygdomsbyrde er størst hos borgere med kort uddannelse. Dette beror på en ulige modtagelighed overfor alkoholens skadevirkninger²⁸.

Når man læser tabellerne om ulighed i sygdomsforekomst stillet overfor ulighed i overlevelse og tilbagevenden til arbejde efter sygdom (se afsnit 6.2-6.7), er det slående, at uligheden i overlevelse er betydelig, selv i det danske sundhedsvæsen, som ifølge sundhedsloven burde sikre let og lige adgang til alle. Ulighed i tilbagevenden til arbejde er endnu større end uligheden i dødelighed, hvilket også viser sig ved en meget stor og stigende ulighed i førtidspension (afsnit 7.9). Det handler både om ulighed i sundhedsvæsenets rehabiliterende funktion, men også om arbejdsmarkedets rummelighed. Den store ulighed i sygdomskonsekvenser viser, at selvom ulighed i sundhed hovedsageligt skabes uden for sundhedsvæsenet, så kan sundhedsvæsenet i høj grad være med til at forstærke uligheden. Det stiller krav til en bedre forståelse og monitorering af de forhold i sundhedsvæsenet, som skaber uligheden der (se afsnit F).

Afslutningsvis vil vi pege på to afsnit, som repræsenterer særlige udfordringer for fremtiden. Det er afsnit 4.5, som viser ophobningen af risikofaktorer ("multirisiko") hos personer med kort uddannelse. Det skaber en særlig udfordring for det forebyggende arbejde, der både skal have fokus på flere samtidige risikofaktorer, og et større fokus på de sociale og kommercielle drivkræfter, som er med til at skabe ophobningen af risikofaktorer hos nogle befolkningsgrupper. Afsnit 6.10 viser, at også ophobningen af sygdomme oftere sker hos personer med kort uddannelse ("multisygdom"). Sygdomme kan påvirke hinandens forløb og konsekvenser. Denne ulighed er en stor udfordring for sundhedsvæsenet²⁹.

D: Prioritering mellem sygdomme og sygdomsårsager.

Hvis man er interesseret i uligheden i specifikke diagnoser, aldersgrupper, livsvilkår og risikofaktorer indeholder denne rapport, ligesom også de seneste sygdomsbyrderapporter fra Sundhedsstyrelsen³⁰, et stort antal tabeller og figurer med interessant og detaljeret information. Heri er der analyser af sygdomsbyrde i form af blandt andet antal ekstra sygdomstilfælde, antal ekstra dødsfald, brug af sundhedsydelser og de økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet³⁰.

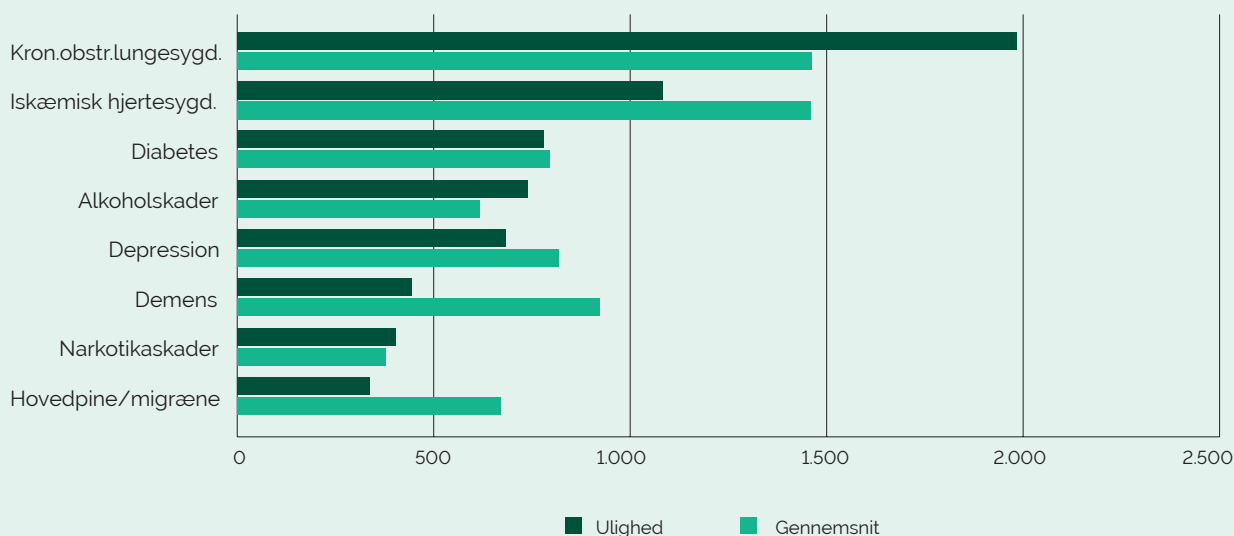
Hvis man arbejder med at løfte befolkningsansvaret for ulighed i sundhed mere bredt, er det vigtigt med et overblik over, hvilke sygdomme og risikofaktorer som bidrager mest til den samlede ulighed i sygdomsbyrde. Internationalt er der udviklet et mål for sygdomsbyrde, som vægter antallet af år tabt ved for tidlig død sammen med antallet af år med

varierende grader af nedsat funktionsevne³¹. For enkelhedens skyld anvender vi her det sammenvejede mål på sygdomsbyrde – såkaldte tabte funktionsjusterede leveår (eng. DALY)³¹.

Ved brug af data fra Global Burden of Disease-projektet³¹ og Danmarks statistik³² kan man beregne, hvor meget uligheden i forekomst af de forskellige sygdomme og skader betyder for sygdomsbyrden i gennemsnit, og for uligheden i sygdomsbyrde. Se figur D1.

FIGUR D1

Gennemsnit og ulighed i tabte funktionsjusterede leveår (DALY) per 100.000 for de 15 største diagnoser 2021. Uligheden er målt som "slope index of inequality" (SII) svarende til den absolutte forskel i tabte funktionsjusterede leveår mellem dem som har kortest og længst uddannelse (se læsevejledning side 35). Sygdommene er rangordnet efter deres bidrag til uligheden^{31,32}.



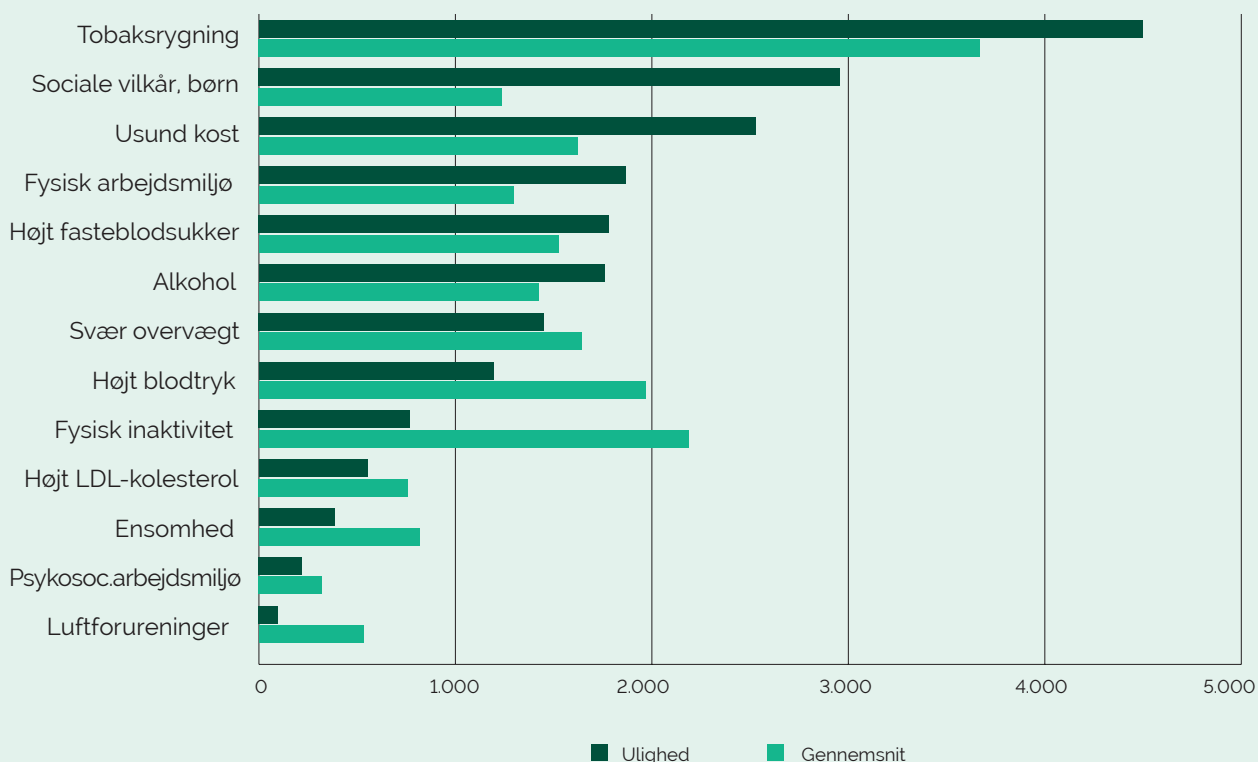
Figur D1 indeholder de 15 sygdomme, som står for den største sygdomsbyrde i Danmark 2021, rangordnet efter deres bidrag til uligheden opgjort efter uddannelseslængde. Det bliver her tydeligt, at mange af de sygdomme, som repræsenterer en stor sygdomsbyrde i gennemsnit for hele befolkningen, også står for en stor del af uligheden. Det gælder tydeligt for KOL, lungekræft, diabetes og iskæmisk hjertesygdom.

Psykiske lidelser og smerter i bevægeapparat spiller også en stor rolle for sygdomsbyrden, ligesom der også er stor ulighed her, men de bidrager ikke direkte til dødeligheden. Figur D1 bygger på de seneste data som er fra år 2021. På det tidspunkt var COVID-19 aktuelt, som ramte befolkningen meget ulige, bl.a. fordi den interagerede med andre sygdomme herunder metaboliske-, hjertekar- og lungesygdomme som udviser stor ulighed³³.

Reduktion af ulighed i sygdomsrisiko med primær forebyggelse kræver at man mindsker uligheden i forekomst og/eller effekt af sygdomsårsager. For nogle af sygdommene i figur D1, er der én dominerende årsag, fx tobaksrygning når det gælder KOL og lungekræft. De fleste sygdomme har dog mange samvirkende årsager i form af arv, adfærd og miljø.

FIGUR D2

Gennemsnit og ulighed i tabte funktionsjusterede leveår (DALY) per 100.000 for 13 risikofaktorer 2021. Uligheden er målt som "slope index of inequality" (SII) svarende til den absolutte forskel i tabte funktionsjusterede leveår mellem dem som har kortest og længst uddannelse (se læsevejledning side 35). Risikofaktorerne er rangordnet efter deres bidrag til uligheden ^{31,34-38}



Figur D2 giver et billede af, hvor stor sygdomsbyrde der kan tilskrives et antal vigtige sygdomsårsager i Danmark. Det er faktorer, som kan påvirke hinandens forekomst og effekt på sygdom. Det er derfor ikke muligt at helt isolere effekten af den enkelte faktor eller at lægge effekterne sammen. Man skal derfor afholde sig fra at drage konklusioner på baggrund af mindre forskelle, men vi mener at to konklusioner er robuste:

- De fire sygdomsårsager, som betyder mest for sygdomsbyrden i gennemsnit: tobaksrygning, fysisk inaktivitet, højt blodtryk og usund kost, er også vigtige når det handler om at mindske uligheden.
- Når det er en prioritet at mindske uligheden, er der to grupper af årsager, som rykker højere op på listen: børns sociale opvækstvilkår og det fysiske arbejdsmiljø. Dermed er de fire sygdomsårsager som er vigtigst for uligheden: tobaksrygning, børns sociale vilkår, usund kost og fysisk arbejdsmiljø.

E: Forebyggende indsatser mod ulighed i sundhed

Da WHO for 40 år siden satte ulighed i sundhed på dagsordenen, var der kun begrænset viden om ulighedens årsager, og om hvad der skulle til for at mindske den. Det har ændret sig radikalt, og i dag har vi, som det fremgår af rapporten, en bedre forståelse af, hvilke årsager der spiller en rolle, og vi ved også mere om, hvilke typer af indsatser der kan påvirke fordelingen af disse årsager. Men det skal også påpeges, at implementeringen af mange af disse indsatser er kompliceret af betydelige interesse- og målkonflikter³⁹.

I det følgende peger vi kort på de vigtigste områder for forebyggende indsatser mod uligheden. Nedenstående liste af indsatsområder bygger i høj grad på epidemiologisk evidens og i mindre grad på eksperimentel evidens. Mere detaljerede redegørelser er tidligere udgivet af Sundhedsstyrelsen m.fl.^{40,41}.

Børns sociale vilkår

En ophobning af vanskelige sociale og psykologiske vilkår tidligt i barndommen spiller som skrevet tidligere en central rolle. Det handler om mange faktorer som påvirker hinandens forekomst og effekt. En reduktion af fattigdom i børnefamilier udgør dog et grundlæggende element i reduktion af ulighed i børns opvækstvilkår.

Den danske svangreomsorg og sundhedspleje når meget bredt ud i befolkningen, men denne rapport viser, at der er uændret stor ulighed i flere indikatorer på perinatal sundhed, og i deltagelse i vaccinationsprogrammer. Der er således et betydeligt potentiale for mere målrettede og tværsektorielle indsatser for sårbare spædbørnsfamilier.

Daginstitutioner er et vigtigt instrument for samfundet i forhold til at kompensere nogle af de negative effekter et ressourcefattigt miljø i barnets første leveår. På dagtilbudsområdet findes der betydelig interventionsevidens. Personaletæthed og pædagogiske kompetencer er vigtigt, og tilførsel af ekstra ressourcer til, og uddannelse af personale i udsatte områder kan være nødvendigt for at mindske uligheden.

Uddannelsesforløb

Skolegang spiller en vigtig rolle for det enkelte barns uddannelsesforløb, senere deltagelse på arbejdsmarkedet og helbred. Udfordringer i skolen kan både være årsag til og effekt af dårlig trivsel. Det er derfor vigtigt at identificere børn med højt sygefravær i skolen med henblik på at iværksætte særlige indsatser ved behov.

En indsats for at få alle til at gennemføre en ungdomsuddannelse er vigtigt for at reducere ulighed i sundhed. Programmer som har kombineret en jobrettet indsats (fx virksomhedspraktik), med sociale indsatser og helbredsindsatser (fx misbrugsbehandling) samt en opkvalificerende indsats (fx af almenfaglige kompetencer) har vist sig at være effektive. Disse forudsætter et tæt samarbejde mellem sundhedsfagligt og socialfagligt personale.

Beskæftigelse og indkomst

En aktiv arbejdsmarkedspolitik har via høj beskæftigelse – også for kortuddannede – længe bidraget til mindre ulighed i arbejdsløsheden og dens negative helbredseffekter. Arbejdsmarkedspolitikken gør i stigende udstrækning brug af økonomiske incitamenter og det kan medføre en ikke ubetydelig økonomisk stress, ikke mindst for dem som på grund af helbredsproblemer alligevel har svært ved at finde arbejde. Økonomisk tryk ved arbejdsløshed har vist sig kunne mindske dens helbredseffekter.

Arbejds miljø

Årtiers lovgivning og arbejdsmiljøarbejde har bidraget til at ulighed i sundhed ikke er større end den er. Monitorering af arbejdsmiljøet i forbindelse med Arbejdstilsynets "Strategi 2020" viste dog få fremskridt de senere år, og det fysiske arbejdsmiljø viser fortsat meget stor social ulighed i forekomst af flere sygdomsårsager.

Set fra et ulighedsperspektiv er der derfor god grund til at forstærke arbejdet med at reducere den fysiske belastning ikke mindst indenfor byggeri, omsorg og livsmiddelsindustri. Det er også vigtigt at sikre øget indflydelse over hvordan man skal leve op til kravene i ansættelser med store fysiske og psykiske krav, da det kan mindske noget af helbredseffekterne.

Da det er en stor udfordring at reducere intensiteten ikke mindst i arbejdets fysiske belastning, er det også vigtigt at sikre fleksible arbejdskrav og tilbagetrækningsmuligheder i arbejdet for at mindske ulighed i sundhed.

Fysisk og socialt nærmiljø

Fysisk miljø, især trafikmiljø og grønne områder, kan udformes på måder som øger mulighederne for at gå, cykle til skole og arbejde, og være fysisk aktiv i fritiden. Fra et ulighedsperspektiv er det især vigtigt at det sker i forbindelse med socialt udsatte boligområder. I disse områder har organisationer og civilsamfund også en vigtig rolle at spille for at bidrage til at mindske social ulighed i ensomhed og isolation.

Sundhedsadfærd

For at påvirke sundhedsadfærd i form af usundt forbrug af alkohol, tobak, nikotin og usund kost kan både strukturelle og individuelle virkemidler anvendes. Som hovedregel er strukturelle virkemidler bedre til at reducere ulighed, og de er samtidig mere omkostningseffektive¹². Det handler om tre typer af strukturelle virkemidler: Regulerende virkemidler som fx forbud mod markedsføring og sponsorering af usunde produkter og håndhævelse af aldersgrænsen for salg af tobak og alkohol. Det kan også være regulering af næringsstofindholdet i fødevarer i sundere retning. De økonomiske virkemidler handler om højere priser på usunde produkter, og lavere priser på sunde produkter fx med differentieret moms. WHO argumenterer for en relativ omfattende brug af afgifter, og har diskuteret en målsætning om at lade usunde varer koste hvad de faktisk koster samfundet i sundhedsudgifter⁴². Fysiske virkemidler kan omfatte udbygning af infrastruktur som understøtter aktiv transport. Det kan også være at reducere tilgængelighed i detailhandel til usunde produkter, og omvendt en øget tilgængelighed til sunde varer.

Biologiske risikofaktorer

På dette område handler det om kliniske virkemidler og deres implementering og effekt på uligheden vil være afhængig af de faktorer som diskuteres i afsnit G.

F: Årsager til og indsatser mod ulighed i sygdomsforløb og -konsekvenser

Rapporten viser en betydelig ulighed i overlevelse og tilbagevenden til arbejdsmarkedet for nogle hyppigt forekommende somatiske sygdomme (se afsnit 6.2-6.7). Der findes en omfattende international forskning om hvilke forhold i sundhedsvæsenet, som er af betydning her. Der er dog store forskelle mellem sundhedssystemerne, og derfor er meget af den udenlandske forskning mindre relevant for Danmark.

Seks forhold har imidlertid vist sig generelt at være vigtige for at påvirke social ulighed i forløb og konsekvenser af sygdom⁴¹. Det gælder:

Sygdomsårsager

Sundhedsadfærd i forhold til især tobak, alkohol og fysisk aktivitet påvirker ikke kun risiko at blive syg, men også sygdomsforløb og effekt af behandling. Det gælder også arbejdsmiljø fordi store arbejdskrav ikke kun påvirker risikoen for blandt andet muskelskelet og psykiske lidelser, men også mulighederne at vende tilbage til et lignende arbejde med, eller efter sygdom. Ensomhed og social isolering (se afsnit 5.3) påvirker også både risiko og sygdomsforløb.

Sygdomskarakteristika ved diagnose

Analysen, især på kræftområdet, viser at en forklaring på uligheden i overlevelse er, at behandlingen for de med kort uddannelse starter senere, på et tidspunkt hvor sygdommen ofte er i et mere avanceret stadium⁴³. Det er delvis et resultat af ulighed i brug af screening (afsnit 7.1-7.3), men påvirkes også af ulighed i brug af sundhedsydelser generelt.

Komorbiditet

Mange sygdomme har fælles årsager og påvirker hinandens forekomst og forløb⁴⁴. Når flere sygdomme optræder hos samme individ (se afsnit 6.10), har det klinisk relevans både fordi sygdomme kan påvirke hinandens forløb, og fordi behandlingen af den enkelte sygdom kan interagere med behandlingen af andre tilstande som optræder samtidig. Social ulighed i overlevelse blandt multisyge har vist sig at spille en betydelig rolle for social ulighed i dødelighed⁴⁵. Interaktionen mellem sygdomme er særlig tydelig ved kombinationer af somatiske og psykiske lidelser. Således er dødeligheden i somatisk sygdom ofte meget større hos borgere som også har en psykisk lidelse⁴⁶.

Tilgængelighed og brug af ydelser

Adgangen til sundhedsvæsenets ydelser begrænses med hjælp af brugerafgifter, henvisningsregler, afstande og ventetider. Private patientforsikringer skaber også ulighed i brug af visse ydelser, da forsikringerne hovedsageligt købes af personer som er unge og raske nok til at være i arbejde. Alle disse forhold kan potentielt skabe social ulighed i adgang til, og i brug af sundhedsydelser. Behovsjusterede analyser af brug viser en betydelig ulighed i brug af tandlæger, fysioterapeuter og psykologer⁴⁷, samt i mindre grad for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger (se afsnit 7.4). Der er en betydelig geografisk ulighed i brug relateret til ulighed i afstand og lægetæthed⁴⁷.

Patientressourcer og kompetencer

At finde den rette hjælp i det danske sundhedsvæsen kan være kompliceret, og hjemmearbejdet for den syge med at passe en eller flere kroniske sygdomme, med kontroller, lægemidler og tekniske hjælpemidler kræver kompetencer, ressourcer og overskud⁴⁸. Folk med mindre sundhedskompetence søger hjælp senere, og får senere stillet en diagnose. Livet med en kronisk sygdom kræver ikke kun energi, men også økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer. Personer med kort uddannelse savner meget oftere nogen at henvende sig til, hvis de har brug for hjælp og støtte (afsnit 7.10).

Ulighed i sundhedsydelseernes kvalitet

Der er påvist en betydelig social ulighed i medicinsk behandling, selv indenfor et så højt prioriteret område som kræft⁴³. Der er også social ulighed i hvem der henvises til, og faktisk påbegynder rehabilitering efter afsluttet behandling. De uligheder kan delvist være motiveret af ulige fordelt komorbiditet. En indikator på mindre god kvalitet og samarbejde i sundhedssektoren er forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser. De er begge betydelig hyppigere hos personer med kort uddannelse (afsnit 7.5 og 7.6).

Patienter med færre ressourcer er særligt afhængige af sundhedsvæsenets kommunikative kvaliteter^{48,41}. De kvaliteter handler om tid, empati og indlevelse i sygdommens sociale årsager og konsekvenser så patienten kan føle tillid til behandleren. Et opsøgende og fastholdende arbejde i de lange kronikerforløb er også vigtigt. Det er kvaliteter som ikke måles i registre, og vi har ikke kvantitative data om dem. Der findes derimod meget klinisk erfaring som dokumenterer deres betydning⁴⁹.

G: Struktur for mere lighed i sundhedsvæsenet

For at personalet skal have forudsætninger for at implementere tiltag for mere lighed i behandling og rehabilitering, kræves visse strukturelle forudsætninger. De er vigtige for alle patienter, men særligt for dem med færre ressourcer. De strukturelle forudsætninger er:

Geografisk nærhed og tilgængelighed

Geografisk nærhed og tilgængelighed er særligt vigtigt for patienter med færre økonomiske ressourcer og fysiske eller mentale funktionsnedsættelser. Det kræver en udbygning af det nære sundhedsvæsen, især almen praksis. Det ligger også på linje med anbefalinger fra WHO's internationale forskning og Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger^{29,50}.

Ressourcefordeling

For at sikre tilgængelighed og kvalitet i områder med høj sygelighed skal ressourcer til det nære sundhedsvæsen fordeles proportionelt med behov. Sådan er det langt fra i dag, og den voksende sociale og geografiske ulighed i sundhed gør dette princip gradvis vigtigere. Det er afgørende for personalets muligheder at kunne levere de nævnte kvaliteter, også til de mere sårbare patienter. Principper og metoder for en sådan ressourcefordeling er allerede udformet, og har længe været anvendt i blandt andet England og Sverige^{51,52}.

Kontinuitet og sammenhæng

Patienter med færre ressourcer har ofte flere sygdomme samtidig (se afsnit 6.10), og det giver de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker en vigtig rolle som tovholder og koordinator af komplicerede forløb⁵³. Her bliver det tværsektorielle samarbejde væsentligt, da patienter ofte har behov for social såvel som sundhedsmæssig hjælp fra flere sektorer. God kontinuitet er også vigtig, og har vist sig at mindske dødeligheden⁵⁴. Patienter med kortere uddannelse har særligt behov for at kunne føle tillid til behandlingen og den tillid kan kun skabes med god kontinuitet i behandler-patient forholdet.

Populationsansvar

Patienter med kroniske lidelser har langvarige forløb, og det gør det vigtigt at det nære sundhedsvæsen har et befolkningsansvar, med ansvar for at opsøge patienter, som søger ingen eller mindre hjælp end de behøver. Det er vigtigt at sikre, at patienter ikke tabes i de langvarige forløb, uanset om det gælder patientrettet forebyggelse eller rehabilitering. Det gælder ikke mindst de patienter, som har både psykiske og somatiske lidelser.

Samarbejde med socialektor

Patienter med færre ressourcer har meget oftere flere sammenflettede problemer med beskæftigelse, økonomi, bolig og familie, som kræver koordinering med socialektoren. Det samme gælder ældre borgere og personer med handicap, som behøver både social omsorg og medicinsk hjælp. Derfor er et velkoordineret samarbejde mellem sundheds- og socialektoren vigtigt. Det samme gælder samarbejdet mellem civilsamfundet og sundhedssektor.

Referencer

1. Sen A. *Development as Freedom*. Anchor Books. NYC 2000.
2. Jensen UJ. *Moralsk ansvar og menneskesyn*. Gyldendal. København 1984
3. WHO-Euro. *Health for All Targets. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen 1985
4. Salmela R. Health policies and health for all strategies in the Nordic countries. *Health Policy* 1991;18(3):207-218
5. Dahlgren G, Diderichsen F. Strategies for equity in health: report from Sweden. *Int J Health Serv*. 1986;16(4):517-537.
6. Regeringens Forebyggelsesprogram. Sundhedsministeriet 1989
7. *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. Sundhedsministeriet 2002
8. Sundhedsstyrelsen. *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København 2011.
9. Sundhedsstyrelsen: *Social ulighed i sundhed og sygdom*. København 2020
10. Jensen HAR, Møller SR, Christensen AI, et al. Trends in social inequality in mortality in Denmark 1995-2019: the contribution of smoking- and alcohol-related deaths. *J Epidemiol Community Health*. 2023;78(1):18-24.
11. Hagebø K, van der Wel KA. *Sosiale ulikheter i for tidlig død – de kan unngås*. Nasjonalforeningen for Folkehelse, Oslo 2024
12. Vidensråd for Forebyggelse: *Strukturel Forebyggelse med fokus på kost, tobak og nikotin samt alkohol og fysisk aktivitet*. København 2024
13. Højstrup S, Thomsen JH, Prescott E. Disparities in cardiovascular disease and treatment in the Nordic countries. *Lancet Regional Health Europe*. 2023;33:100699.
14. Hoffman R (ed): *Handbook of health inequalities across the life course*. Edvard Elgar Publishing 2023
15. Rod NH, Bengtsson J, Budtz-Jørgensen et al. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet* 2020;396(10249):489-497.
16. Elsenburg LK, Rieckmann A, Nguyen TL et al. Mediation of the parental education gradient in early adult mortality by childhood adversity: a population-based cohort study of more than 1 million children. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e146-e155.
17. Wimmelmann, C.L., Sejling, C., Clarke, R.B. et al. Childhood adversity trajectories and weight status in young adult men: a register-based study including 359,783 Danish men. *Int J Obes* 2024;8:1157–1163
18. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM et al. *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2022*. VIVE Rapport 2022
19. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM et al. *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2018*. VIVE Rapport 2018
20. Briggs EC, Amaya-Jackson L, Putnam KT et al. All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *American Psychologist* 2021;76(2): 243–252.

21. Møller SP, Pommerencke LM, Madsen KR og Pedersen TP. Børnefattigdom og børns udvikling, trivsel og sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2025.
22. Udesen CH, Holst CA, Davidsen M et al. Mental sundheds betydning for, om unge gennemfører en uddannelse og får beskæftigelse. Sundhedsstyrelsen 2022
23. Qvist J. The working class and early retirement in Denmark: Individual push factors. *Ageing and Society* 2021;41(9):2118-2142
24. Algren MH, Ekholm O, Nielsen L et al.: Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2018;18:250
25. WHO-Euro. Commercial determinants of non-communicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen 2024.
26. Willett W, Rockström J, Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet* 2019;393(10170):447-492.
27. Schroeder K, Schuler BR, Kobulsky JM, Sarwer DB. The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review. *Obes Rev.* 2021;22(7):e13204.
28. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt U et al. Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events. *Epidemiology* 2017;28(6):872-879
29. Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2024
30. Sundhedsstyrelsen: Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme. København 2023
31. Global Burden of Disease Diseases and Injuries Collaborators. *The Lancet* 2024;403(10440):2133-2161
32. Pallesen AVJ, Mierau JO, Christensen FK, Mortensen LH. Educational and income inequalities across diseases in Denmark: a register-based cohort study. *The Lancet Public Health.* 2024;9(11):e916-e924.
33. McGowan VJ, Bambra C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health.* 2022;7(11):e966-e975.
34. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-37
35. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med.* 2022;56(2):101-106.
36. Pega F, Hamzaoui H, Náfrádi B, et al. Global, regional and national burden of disease attributable to 19 selected occupational risk factors for 183 countries, 2000-2016: *Scand J Work Environ Health.* 2022;48(2):158-168.
37. Strandell, A., Nurmiö, K., Seifert-Dähnn, et al. Air pollution inequality and its temporal trends in Nordic countries. *Int J Environ Studies* 2024:1-24.
38. Sultan-Taïeb H, Villeneuve T, Chastang JF, Niedhammer I. Burden of cardiovascular diseases and depression attributable to psychosocial work exposures in 28 European countries. *Eur J Public Health* 2022;32(4):586-592.
39. Diderichsen F, Volker AP: Målkonflikter står i vejen for at mindske ulighed i sundhed. *Økonomi og Politik.* 2024;97(4):61-72
40. Sundhedsstyrelsen: Indsatser mod ulighed i sundhed. København 2020

41. Diderichsen F, Jørgensen TSH: Ulighed i sundhed – 8 kritiske spørgsmål. Københavns Universitet 2023. https://curis.ku.dk/ws/portalfiles/portal/346860831/De_8_sp_rgsm_Lpdf
42. Sassi F, Lauer JA, Vigo A, Soucat A (eds.). Health taxes. Policy and practice. WHO 2023
43. Olsen MH et al. Social ulighed i kræft i Danmark. 2.udgave Kræftens Bekæmpelse 2023
44. Skou ST, Mair FS, Fortin M et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers* 2022;8:48.
45. Diderichsen F, Bender AM, Lyth AC et al. Mediating role of multimorbidity in inequality in mortality. *J Epid Comm Health* 2022;76:466-470
46. Behandlingsrådet. Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. 2024
47. Bihrmann K, Pedersen MT, Woodschow K et al. Geografisk og social ulighed i sundhedsydelser. Staten Institut for Folkesundhed 2022.
48. Aaby A, Meldgaard M, Terkildsen H: Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen 2022.
49. Larsen K, Sodemann M: Ulighedens drejebog. Samfundslitteratur 2024
50. Gkiouleka, A et al. Reducing health inequalities through general practice *The Lancet Public Health* 2023;8(6):e463 - e472
51. Smith PC. *Formula Funding of Public Services*. Routledge London 2007.
52. Sundquist K, Malmström M, Johansson SE, Sundquist J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *J Epidem Comm Health*. 2003;57(5):347-352.
53. Mercer SW, Blane D, Donaghy E et al. Health inequalities, multimorbidity and primary care in Scotland. *Future Healthcare Journal* 2023;10(3):219-225,
54. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715):e84-e90.

Læsevejledning

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

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

I denne rapport beskriver vi udviklingen i social ulighed over tid med udgangspunkt i perioden 2013-2021. Denne periode kan variere afhængigt af datakilden til den enkelte indikator. Derudover er der nogle enkelte indikatorer, hvor vi har valgt at se på en længere periode fordi indikatorerne er særlig konjunkturfølsomme, for eksempel arbejdsløshed.

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover), mens nogle indikatorer omhandler spædbørn, børn, unge eller ældre over 65 år. Definition af hver enkel indikator er beskrevet i Bilag 1: Materiale og metoder. En beskrivelse af de anvendte datakilder findes også i Bilag 1.

Denne rapport beskriver i alt 69 indikatorer, defineret på baggrund af 25 datakilder. Analyserne er baseret på forskellige typer af datakilder, herunder både data fra danske registre og data fra spørgeskemaundersøgelser. Det betyder, at der knytter sig forhold til de enkelte indikatorer, som ikke nødvendigvis er gældende for alle indikatorer. Data i de danske registre er oftest baseret på hele befolkningen, mens data i spørgeskemaundersøgelser typisk dækker et mindre, men repræsentativt udsnit af befolkningen. Både spørgeskemadata og registerdata har fordele og ulemper, som er væsentlige at være opmærksomme på, når man skal forstå resultaterne. Disse fordele og ulemper er nærmere beskrevet for hver type datakilde i ordforklaringen nedenfor.

Ændringer i forhold til rapporten fra 2020

Denne rapport er en opdatering af rapporten "Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017" udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og udgivet i 2020 (herefter omtalt som 2020-rapporten). Nærværende rapport følger samme opbygning og struktur som 2020-rapporten. Der er nogle enkelte ændringer i forhold til 2020-rapporten, som man skal være opmærksom på, hvis man sammenligner resultaterne på tværs af de to rapporter. Ændringerne er kort beskrevet nedenfor, og en mere uddybende beskrivelse findes i Bilag 6.

Indikatorer

Denne rapport indeholder to nye indikatorer, som ikke var medtaget i 2020-rapporten: *angst* og *arbejdsmarkedsknytning blandt unge uden ungdomsuddannelse*. Vi har i denne rapport også valgt at opdele deltagelse i børnevaccinationsprogrammet som tre selvstændige indikatorer: Vaccination mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og Hib-infektion (*DiTeKiPol/Hib-vaccination*), vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR-vaccination) og vaccination mod human papillomavirus (HPV-vaccination).

Vi har i denne rapport ikke valgt at opgøre vaccination mod pneumokok, som også er en del af børnevaccinationsprogrammet, fordi vaccinationsdækningen er meget lig den for DiTeKiPol/Hib. I 2020-rapporten var DiTeKiPol/Hib-, pneumokok- og MFR-vaccinationerne slået sammen. Vi har i denne rapport desuden valgt at udelade indikatoren *trafikulykker*, som var belyst i 2020-rapporten.

Datakilder

Vi har valgt at anvende nye registerudtræk for en række registre, som dækker perioden op til og med 2021, for eksempel fra CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elevregisteret. Da registrene løbende bliver opdateret, og der forekommer rettelser tilbage i tid, betyder det, at det ikke nødvendigvis er præcis samme data, der indgår for årene 2013-2017 i de to rapporter, selvom årene er overlappende.

I 2019 blev Landspatientregisteret (LPR) omlagt fra version 2 til version 3. Det har medført visse ændringer i registerets struktur og i nogle tilfælde variable. Dette kan potentielt betyde, at man ser en ændring på tværs af 2019 i registreringspraksis i Landspatientregisteret, som påvirker opgørelsen af indikatorerne i rapporten. I denne rapport har vi desuden valgt at medtage kontakter fra privathospitaler og uafsluttede kontakter fra LPR-version 2, som ikke indgik i 2020-rapporten. Dette er gjort for blandt andet at sikre harmoniseringen af data på tværs af LPR-version 2 og LPR-version 3. Skiftet fra version 2 til version 3 kan medføre ændringer i antallet af sygdomstilfælde eller andre opgørelser baseret på Landspatientregisteret. Der er imidlertid ingen grund til at tro, at disse ændringer er forskellige for grupperne inddelt efter uddannelseslængde. Vi forventer dermed, at det ikke påvirker den sociale ulighed i det givne år.

Indikatorerne *indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver* og *fysisk anstrengende arbejde* er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (2021) fra Arbejdstilsynet. Dette spørgeskema afløser spørgeskemaet Arbejdsmiljø og helbred i Danmark fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, som blev brugt i 2020-rapporten, men som ikke er blevet anvendt efter 2018. Selvom de to spørgeskemaundersøgelser begge stiller spørgsmål til indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver og fysisk anstrengende arbejde, er der foretaget ændringer i hvem, der besvarer spørgeskemaet, samt i spørgsmål og svarkategorier, hvorfor en direkte sammenligning mellem resultaterne af de to spørgeskemaundersøgelser ikke er mulig. Denne rapport indeholder derfor kun resultater for 2021 for social ulighed i arbejdsmiljø.

Kodning, definitioner og population

I enkelte tilfælde har vi ændret på kodning og definitioner af indikatorerne for at opdatere disse i forhold til gældende praksis. For eksempel har vi i definitionen af grupperne baseret på uddannelseslængde brugt de nyeste versioner af uddannelsesklassifikationen fra Danmarks Statistik, hvilket betyder at eksempelvis uddannelseskode 4725 (Erhvervsgrunduddannelse EGU) har flyttet uddannelseskategori, således at den i 2020-rapporten tilhørte kategorien "Videregående uddannelse", men i denne rapport tilhøre kategorien "Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse".

I 2020-rapporten indgik gruppen med uoplyst uddannelse i tabellerne, mens der ikke blev kommenteret på resultaterne for denne gruppe. I nærværende rapport har vi valgt ikke at medtage personer med uoplyst uddannelse i tabellerne, men kort beskrevet gruppen med uoplyst uddannelse i afsnittet om uddannelseslængde nedenfor i ordforklaringen.

Ordforklaring

Datakilder

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

Spørgeskemaundersøgelse

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

Registerdata og kliniske kvalitetsdatabaser

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

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

Population

De fleste indikatorer tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover). Enkelte indikatorer omhandler spædbørn, børn, unge eller ældre over 65 år. I denne rapport vil den aktuelle population afhænge af den specifikke indikator og tilhørende datakilde. Personer, der ikke har registreret oplysning om uddannelseslængde, er ikke inkluderet i analyserne i denne rapport (se en beskrivelse af disse i afsnittet "Uddannelseslængde" nedenfor).

Social ulighed

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

Uddannelseslængde

Uddannelse er defineret ved længst fuldførte uddannelse på baggrund af data fra Uddannelsesregistret. Personer under 30 år kan være i gang med en uddannelse. For denne aldersgruppe benyttes den højeste kategori af længste igangværende eller fuldførte uddannelse eller moderens/forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse afhængig af indikatoren, som belyses. Igangværende uddannelse er

baseret på data fra Elevregistret. I denne rapport bruger vi tre kategorier af uddannelseslængde (i Bilag 1 er der en mere detaljeret oversigt over inddelingen af uddannelseslængde):

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

Derudover er der en gruppe, for hvilken ingen uddannelse er registreret. Det kan for eksempel være tilfældet for ældre personer (som har en uddannelse, før registeret blev etableret) og for indvandrere (som har taget en uddannelse i udlandet). Andelen af personer ud af den samlede danske befolkning på 30 år eller derover uden registrering i uddannelsesregisteret var 3,7%, 4,7% og 1,3% i henholdsvis 2013, 2017 og 2021. Personer, der ikke har registreret oplysninger om uddannelseslængde, er ikke medtaget i analyserne i denne rapport. Forskellene i fordelingen af sociodemografiske karakteristika mellem personer på 30 år eller derover med og uden oplysninger registreret om uddannelseslængde i 2021 er listet nedenfor.

- Andel indvandrere eller efterkommere fra ikke-vestlige lande: 7,6% blandt personer med registreret oplysning om uddannelseslængde versus 25% blandt personer uden registreret oplysning om uddannelseslængde.
- Gennemsnitsalder: 56 år blandt personer med registreret oplysning om uddannelseslængde versus 61 år blandt personer uden registreret oplysning om uddannelseslængde.
- Gennemsnitlig ækvivalerede disponible hustandindkomst: 319.148 DKK blandt personer med registreret oplysning om uddannelseslængde versus 236.937 DKK blandt personer uden registreret oplysning om uddannelseslængde.

Familiesocialgruppe

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

Social gradient

En social gradient i sundhed refererer til en sammenhæng mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko. Social position er i denne rapport defineret ud fra længst fuldførte uddannelse.

Antal (N)

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

Antal mindre end 10

Når der er under 10 i en rubrik i tabellerne, vises ingen resultater, og rubrikken vil være blank. Dette er gjort for at sikre persondataskyldelse.

Procent

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

Procentenheder

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

OR

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

Incidens

Incidens angiver antallet af nye tilfælde af den specifikke sygdom inden for en given periode. Incidensen (antallet af nye tilfælde) af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år eller periode er blevet registreret med en diagnose for den pågældende sygdom, eller som er registreret med én eller flere indløste recepter på medicin, som bruges til behandling af den specifikke sygdom.

Incidens bestemmes på baggrund af de personer, der er i risiko for sygdommen. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår. Se tabelexempel 2 senere i dette afsnit.

IR

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

IRR

Incidensrate ratio (IRR) er forholdet mellem incidensraten (IR) af en sygdom for en uddannelsesgruppe sammenlignet med incidensraten for sygdommen i referencegruppen. I denne rapport er referencegruppen personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse og kan kendes ved, at IRR er 1. IRR er justeret for alder. Se tabelexempel 2 senere i dette afsnit.

Aldersjustering

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

Statistisk signifikans

Statistisk signifikans beskriver den statistiske usikkerhed. I denne rapport er det angivet, hvis OR eller IRR er statistisk signifikant ved markering med ***. Vi angiver med **** dermed, hvor der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) eller incidensraten for en given indikator (f.eks. daglig rygning eller iskæmisk hjertesygdom) for personer med henholdsvis grundskole (eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse) som længst fuldførte uddannelse og referencegruppen, som er personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Se tabelexempel senere i dette afsnit.

SII

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

Trend test

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

Tabeller

For hver indikator er der en tabel, der beskriver udviklingen i en given periode. Vi har som udgangspunkt valgt perioden 2013-2021 og valgt at vise resultaterne for tre år; 2013, 2017 og 2021. For nogle indikatorer er perioden og de valgte år anderledes. Det skyldes, at der ikke har været data tilgængelig for de valgte år. Det gælder f.eks. indikatoren screening for tyk- og endetarmskræft, fordi screeningsprogrammet først startede i 2014. Hver indikator er præsenteret med deskriptive resultater og resultater af statistiske sammenhænge. Disse er angivet ved enten en procentfordeling med tilhørende OR eller ved antal nye tilfælde per 100.000 personår og tilhørende IRR. Nedenfor gives to tabelexempler. Den første er et eksempel på en tabel med OR, og den anden er et eksempel på en tabel med IRR.

Figurer

For hver indikator er der en figur, der beskriver udviklingen i andelen af populationen, der har den givne indikator i perioden. Figurerne supplerer tabellerne ved at vise tal for hele perioden, når disse er tilgængelige. Det gælder f.eks. indikatorer, der er baseret på data fra nationale registre, hvor der findes data for hvert år, for eksempel andelen af tidligt fødte børn. I dette tilfælde vil figuren supplerer med opgørelse for hvert år i perioden 2013-2021, mens tabellen kun viser tal for 2013, 2017 og 2021. Det er væsentligt at have for øje, at figurerne viser andele, som ikke er justeret for alder (og eventuelt køn). En undtagelse til dette er figurerne i afsnittene om brug af sundhedsydelser (afsnit 7.4), visiteret hjemmehjælp (afsnit 7.7) og kommunale sygeplejeydelser (afsnit 7.8), som er behovsjusteret (figurerne 7.4.1, 7.4.2, 7.7.1, 7.7.2 og 7.8).

TABELEKSEMPEL 1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	17,7		133.013	17,0		145.239	14,6		147.158	
KVINDER	16,2		71.267	15,7		77.884	13,2		80.259	
Grundskole	22,2	2,95*	18.223	21,7	3,44*	17.415	18,8	3,32*	16.052	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,7	1,90*	27.787	17,5	2,15*	30.855	15,4	2,17*	30.939	
Videregående uddannelse	10,5	1 (ref.)	25.257	9,4	1 (ref.)	29.614	8,1	1 (ref.)	33.268	
SII**	-18,5			-20,4			-17,5			0,78
MÆND	19,2		61.746	18,3		67.355	16,1		66.899	
Grundskole	28,3	3,51*	13.529	27,1	3,70*	13.792	26,2	4,21*	12.622	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	20,7	2,18*	29.599	19,5	2,22*	32.055	17,0	2,25*	31.467	
Videregående uddannelse	10,7	1 (ref.)	18.618	10,1	1 (ref.)	21.508	8,7	1 (ref.)	22.810	
SII**	-20,4			-21,5			-20,6			0,91

§ OR er justeret for alder.
* OR er statistisk signifikant.
** Ulighed i andelen, der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

%: angiver procentandel af kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, der ryger dagligt. I eksemplet her er der 22,2 % kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, der ryger dagligt, i 2013.

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at ryge dagligt i forhold til referencegruppen (videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse). I eksemplet her er OR 3,51, dvs. mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse har 3,51 gange større chance for at ryge dagligt i forhold til mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Langt de fleste OR er i rapporten justeret for alder (og nogle steder for køn), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammensætning (og evt. kønssammensætningen) mellem de to grupper.

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

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden for daglig rygning målt mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper. I eksemplet her er den sociale ulighed i andelen af kvinder, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem kvinder med længst og kortest fuldførte uddannelse, 17,5 procentenheder.

Trend, p-værdi: angiver signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er statistisk signifikante. Det er et udtryk for, om den sociale ulighed er ændret over tid, angivet ved en p-værdi. I eksemplet her er der for mænd fundet en p-værdi = 0,91, der indikerer, at der ikke ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i andelen, der ryger dagligt, i perioden 2013-2021.

TABELEKSEMPEL 2

TABEL 6.2.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensratio (IRR) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	65.499	528,8		51.210	395,3	
KVINDER	26.288	405,2		18.376	271,4	
Grundskole	11.545	677,3	1,59*	7.175	456,1	1,64*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	9.380	372,2	1,28*	6.985	271,6	1,31*
Videregående uddannelse	5.363	237,0	1 (ref.)	4.216	160,6	1 (ref.)
SII**		-254,3			-186,0	
MÆND	39.211	664,8		32.834	531,0	
Grundskole	12.368	902,1	1,46*	9.271	698,0	1,44*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	18.434	663,0	1,26*	15.783	555,6	1,26*
Videregående uddannelse	8.409	481,4	1 (ref.)	7.780	386,2	1 (ref.)
SII**		-336,5			-261,8	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

SII: Slope index of inequality beskriver uligheden i antal nye sygdomstilfælde målt mellem grupperne med længst og kortest uddannelse, hvor der tages højde for antal personer i de forskellige grupper. SII er aldersjusteret.

I eksemplet her er den sociale ulighed i antal nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd, beregnet som forskellen mellem mænd med længst og kortest fuldførte uddannelse, 262 pr. 100.000 personår. Dette udtrykker en negativ social ulighed i iskæmisk hjertesygdom blandt mænd med grundskole i forhold til mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Antal nye tilfælde: angiver antallet af nye sygdomstilfælde (også kaldet incidens) i den givne periode, her 2014-2017.

I eksemplet her er der blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse 12.368 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom i perioden 2014-2017.

Antal nye tilfælde pr.

100.000: angiver antal nye sygdomstilfælde per 100.000 personår. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen pr. 01/01/2013. I eksemplet her er der ud af 100.000 mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse 902 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår i perioden 2014-2017.

IRR: angiver en incidensratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) incidensraten antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår er for den aktuelle gruppe sammenlignet med referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i alderssammensætningen mellem de to grupper. I eksemplet her er incidensraten blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse 1,44 gange højere end incidensraten for mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Beskrivelse af resultater

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

I denne rapport refereres der til andele som for eksempel:

"I 2021 er der blandt mænd med grundskole 75%, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt."

Andelen på 75 % er ikke justeret for alder.

Er der social ulighed?

Når vi skal vurdere, om der er social ulighed inden for en indikator, bruger vi de (køns- og) aldersjusterede odds ratioer (OR) eller incidensratioer (IRR). Hvis gruppen af personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse har en OR/IRR, som er statistisk signifikant højere eller lavere end 1 (markeret med en "***") konkluderes det, at der er social ulighed for den givne indikator. Følgende to standardformuleringer er således baseret på en vurdering af OR for gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse i forhold til referencegruppen med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse:

- Der er en sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ...
- Der ses en social ulighed

Graden af social ulighed beskrives som lav, moderat eller høj baseret på størrelsen af henholdsvis odds ratio (OR) eller incidensratio (IRR). OR og IRR kan have værdier over og under 1. Følgende intervaller er benyttet for graden af social ulighed med angivelse af intervaller under 1 i parentes.

- Lav grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1,00-1,49 (0,67-1,00)
- Moderat grad af social ulighed, når OR eller IRR ligger i intervallet 1,50-2,00 (0,50-0,66)
- Høj grad af social ulighed, når OR eller IRR $>2,00$ ($<0,50$)

Er uligheden blevet større eller mindre i perioden?

Til at vurdere, om uligheden bliver større eller mindre i perioden, bruger vi SII og trendtestet af SII. Trendtestet beskriver SII over tid ved en ret linje. SII beskriver retningen på udviklingen, altså om uligheden bliver større eller mindre. Hvis SII bevæger sig længere væk fra 0 enten i positiv eller negativ retning, er uligheden blevet større. Mens hvis SII i perioden nærmer sig 0, er uligheden blevet mindre. En negativ værdi for SII er et udtryk for, at der er en større forekomst af indikatoren blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med personer med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Hvis trendtestet er statistisk signifikant, konkluderer vi, at der er sket en statistisk signifikant ændring i uligheden. For de datakilder, hvor vi har data for alle år fra 2013-2021, er trendtest baseret på SII for alle år og ikke kun for de tre år, som vises i tabellen. Derfor kan der være steder, hvor der ser ud til at være en trend for de tre år i tabellen, men der ikke er et statistisk signifikant trendtest. Det kan skyldes, at der ikke er et fald eller en stigning i SII gennem hele perioden.

1 | Sociale vilkår for sundhed



I dette kapitel beskrives indikatorer for sociale vilkår, der har betydning for sundheden. Det drejer sig om indkomstfordeling, fattigdom og arbejdsløshed. Indkomstuligheden påvirkes i høj grad af politiske beslutninger, og en stor del af forandringerne kan tilskrives senere års politiske reformer af skatter og velfærdsydelse.

Indkomst er stærkt påvirket af uddannelse og position på arbejdsmarkedet. Indkomst påvirker også i høj grad individets levekår og derigennem helbredet.¹ Men indkomst påvirkes også af helbred i en modsatrettet årsagsrelation, sådan at dårligt helbred påvirker beskæftigelsen og dermed indkomsten.²

Studier fra mange lande har bekræftet hypotesen om en lineær relation mellem indkomstulighed i et land og befolkningens sundhed. Befolkningen i samfund med små indkomstforskelle har generelt en bedre sundhedstilstand.³ Denne association findes generelt, men Danmark afviger fra dette mønster, da vi relativt set har en lav økonomisk ulighed og samtidig en noget højere dødelighed i Danmark end de fleste andre velstillede lande.⁴

Langvarig arbejdsløshed er forbundet med alvorlige helbredsproblemer. Sammenhængen mellem arbejdsløshed og helbred påvirker hinanden gensidigt; dårligt helbred, ikke mindst psykiske lidelser, øger risikoen for arbejdsløshed og arbejdsløshed øger risikoen for helbredsproblemer. Nordiske studier finder, at arbejdsløshed påvirker den mentale sundhed negativt og øger risikoen for hjertekarsygdom.⁵ Der er fundet en tydelig effekt af arbejdsløshed på dødelighed inklusiv selvmord, også når man tager hensyn til, at personer med psykiske lidelser oftere bliver arbejdsløse.⁶ Mennesker med nedsat mental sundhed er også mere sårbare for effekten af arbejdsløshed.⁷

1.1 Gini-koefficient

I dette afsnit belyses udviklingen i indkomstfordelingen for perioden 2001-2021 målt ved brug af Gini-koefficienten.

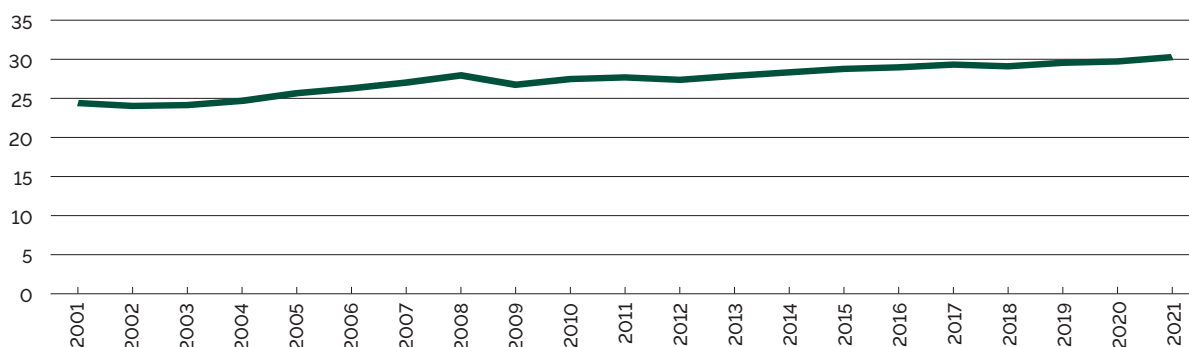
Gini-koefficienten er et mål for indkomstulighed, der med et enkelt tal angiver afstanden i indkomst mellem personerne med de mindste og de største indkomster. Hvis alle personer i et samfund har den samme indkomst, er Gini-koefficienten 0. Hvis én person modtager al indkomst, og resten af befolkningen ingen indkomst har, vil Gini-koefficienten være 100.⁸

Danmark har sammen med de øvrige nordiske lande en forholdsvis lav grad af indkomstulighed sammenlignet med andre europæiske lande,⁹ hvilket hænger sammen med den veludbyggede skandinaviske velfærdsstatsmodel med progressive indkomstskatter og omfordeling via forskellige former for sociale ydelser.¹⁰ Den lave grad af indkomstulighed er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med en lav grad af social ulighed i sundhed, hvilket er blevet kaldt "The Scandinavian Welfare Paradox of Health".¹¹ Hermed menes det paradoks, at der i Danmark og andre nordiske lande, karakteriseret ved en universel velfærdsmodel og forholdsvis lave indkomstuligheder, samtidig ses en betydelig social ulighed i sundhed, sygdom og dødelighed.^{4, 11, 12}

Indikatoren Gini-koefficient er i denne rapport baseret på tal fra Statistikbanken ved Danmarks Statistik beregnet på basis af information om ækvivaleret disponibel husstandsindkomst. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

FIGUR 1.1

Gini-koefficient som ulighedsmål beregnet ved ækvivaleret disponibel indkomst i perioden 2001-2021.



Figur 1.1 viser udviklingen i Gini-koefficienten i perioden 2001-2021. Af figur 1.1 fremgår det, at Gini-koefficienten er steget fra 24 Gini-point i år 2001 til 30 i 2021. Der ses en stigning i indkomstmuligheden i perioden 2001-2021.

1.2 Fattigdom

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

I overensstemmelse med OECD måles risikoen for fattigdom i forhold til den generelle levestandard i samfundet (relativ fattigdom). Det gøres ved at se på den andel af befolkningen, der har en disponibel indkomst efter skat på 50 % af medianindkomsten. Medianindkomsten er den indkomst, hvor halvdelen af befolkningen har en højere indkomst, og halvdelen har en lavere indkomst.¹³

At leve i fattigdom kan påvirke helbredet negativt gennem et komplekst sammenspil af en række materielle, sociale og psykosociale mekanismer.¹⁴ Personer, der er økonomisk fattige, rapporterer markant dårligere fysisk og psykisk helbred end personer, der ikke er økonomisk fattige.¹⁵ Herudover har økonomisk fattige også væsentligt flere materielle, sociale og helbredsmæssige afsavn end personer, der ikke er økonomisk fattige – herunder også basale afsavn som for eksempel at undlade at købe medicin af økonomiske grunde.¹⁵

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

TABEL 1.2

Andelen, der er fattige, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2001 og 2021.

	2001			2021			Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)		
ALLE	2,4		3.117.947	4,5		3.733.232	2,1	
KVINDER	2,1		1.580.232	3,9		1.908.436	1,8	
Grundskole	2,5	1,92*	613.326	6,5	3,25*	419.910	4,0	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,0	1,23*	581.876	3,3	1,29*	697.736	1,3	
Videregående uddannelse	1,7	1 (ref.)	385.030	3,2	1 (ref.)	790.790	1,5	
<i>SII**</i>	-1,9			-5,6				< 0,01
MÆND	2,7		1.537.715	5,0		1.824.796	2,3	
Grundskole	3,5	2,19*	473.100	8,5	2,63*	382.400	5,0	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,5	1,35*	709.671	4,0	1,08*	816.112	1,5	
Videregående uddannelse	1,9	1 (ref.)	354.944	4,3	1 (ref.)	626.284	2,4	
<i>SII**</i>	-2,8			-6,0				< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der er fattige, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2001 til 2021.

Tabel 1.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er fattige, blandt kvinder og mænd i 2001 og 2021.

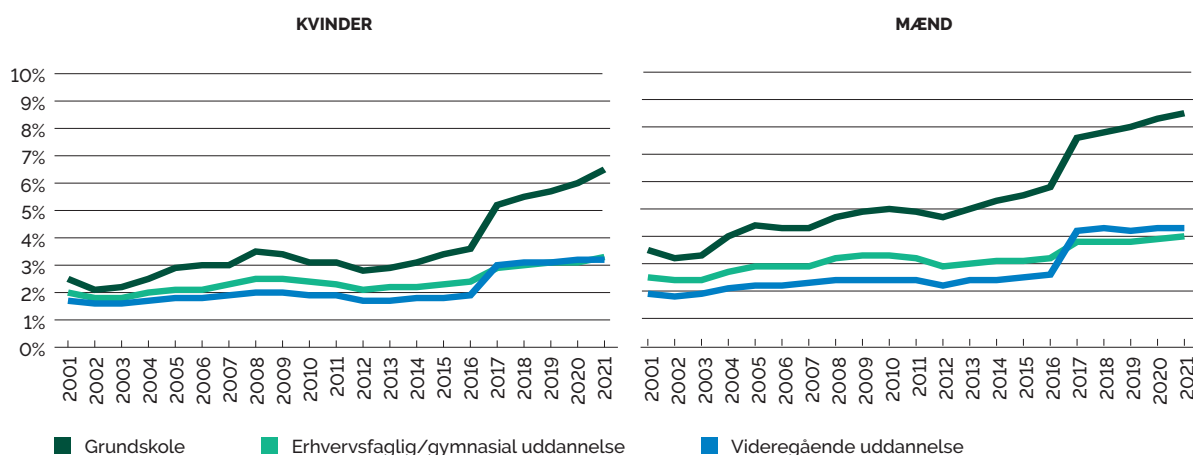
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 6,5%, der er fattige. Det gælder henholdsvis 3,3% og 3,2% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 8,5%, der er fattige. Det gælder henholdsvis 4,0% og 4,3% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er fattige, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er fattige, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der er fattige, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 5,6 procentenheder blandt kvinder og 6,0 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

FIGUR 1.2

Andelen, der er fattige, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2001-2021.



Figur 1.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er fattige, blandt kvinder og mænd i perioden 2001-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der er fattige, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001 og 2021. Andelen, der er fattige, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

1.3 Arbejdsløshed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, blandt personer på 30-64 år.

Talrige undersøgelser har dokumenteret, at der eksisterer en gensidig sammenhæng mellem sundhed og tilknytning til arbejdsmarkedet.¹⁶⁻²³ Der findes to centrale kausale årsagsforklaringer hertil. Den første forklaring beskriver, hvordan sundhedstilstanden (både fysisk og psykisk) kan have betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det handler blandt andet om, at mennesker med varig nedsat arbejdsevne kan få førtidspension, men også om, at mange med ikke mindst psykiske lidelser bliver arbejdsløse og har svært ved at komme tilbage på arbejde. Den anden forklaring beskriver, hvordan en manglende eller ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet kan påvirke helbredet negativt.^{5, 7}

De fleste arbejdsløshedsperioder er korte og opstår for eksempel efter endt uddannelse eller i forbindelse med jobskifte. Der er imidlertid nogle, som ikke forlader ledighedssystemet med det samme. Længerevarende arbejdsløshed øger risikoen for tab af arbejdsmarkedsrettede kompetencer, hvilket udgør en omkostning for den enkelte og for samfundsøkonomien.²⁴

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

TABEL 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30-64 år i 2001, 2011 og 2021

	2001			2011			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	2,3		2.494.931	1,6		2.430.009	1,9		2.564.571	
KVINDER	2,2		1.249.099	1,6		1.218.886	1,8		1.279.162	
Grundskole	2,8	1,75*	253.547	2,1	1,57*	216.100	2,2	1,32*	193.321	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,3	1,33*	506.435	1,6	1,15*	480.638	1,7	0,98	473.249	
Videregående uddannelse	1,8	1 (ref.)	489.117	1,5	1 (ref.)	522.148	1,8	1 (ref.)	612.592	
SII**	-1,7			-0,9			-0,4			< 0,01
MÆND	2,5		1.245.832	1,6		1.211.123	2,0		1.285.409	
Grundskole	3,4	1,77*	270.226	2,2	1,43*	248.407	2,6	1,28*	245.646	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,3	1,16*	600.058	1,3	0,86*	571.952	1,7	0,84*	568.039	
Videregående uddannelse	2,0	1 (ref.)	375.548	1,6	1 (ref.)	390.764	2,1	1 (ref.)	471.724	
SII**	-1,8			-0,6			-0,4			0,28

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 1.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, blandt kvinder og mænd på 30-64 år i 2001, 2011 og 2021.

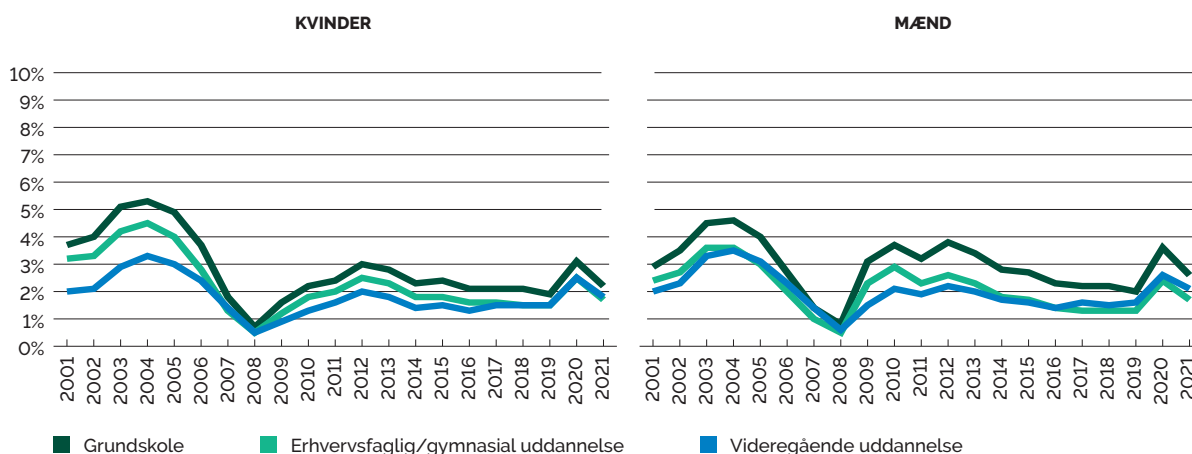
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 2,2%, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Det gælder henholdsvis 1,7% og 1,8% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 2,6%, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året. Det gælder henholdsvis 1,7% og 2,1% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 0,4 procentenhed både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Blandt kvinder ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

FIGUR 1.3

Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30-64 år i 2001-2021.



Figur 1.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, blandt kvinder og mænd på 30-64 år i perioden 2001-2021.

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

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001, 2011 og 2021. Andelen, der er arbejdsløse mere end halvdelen af året, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til sociale vilkår, som har betydning for vores sundhed. Indkomstiligheden er i perioden 2001-2021 steget fra 24 Gini-point til 30 Gini-point.

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

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed ses en stigning i fattigdom i perioden 2001-2021 både blandt kvinder og blandt mænd. Omvendt ses en reduktion i den sociale ulighed i arbejdsløshed blandt kvinder i perioden 2001-2021. Der ses ingen ændring i den sociale ulighed i arbejdsløshed blandt mænd i perioden.

Referencer

1. Lenhart O. The effects of income on health: new evidence from the Earned Income Tax Credit. *Review of Economics of the Household*. 2019;17(2):377-410.
2. Harrison S, Davies AR, Dickson M, Tyrrell J, Green MJ, Katikireddi SV, et al. The causal effects of health conditions and risk factors on social and socioeconomic outcomes: Mendelian randomization in UK Biobank. *Int J Epidemiol*. 2020;49(5):1661-81.
3. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316-26.
4. Mackenback JP. *Health Inequalities: Persistence and change in European welfare states*: Oxford University Press; 2019 [Citeret 19. august 2024]. Tilgængelig fra: <https://doi-org.proxy1-bib.sdu.dk/10.1093/oso/9780198831419.002.0003>.
5. Browning M, Dano AM, Heinesen E. Job displacement and stress-related health outcomes. *Health economics*. 2006;15(10):1061-75.
6. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality - A longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;64:22-8.
7. Andreeva E, Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Theorell T, Brenner MH. Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1045.
8. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.
9. OECD Centre for Opportunity and Equality. *Understanding the socio-economic divide in Europe*: OECD Centre for Opportunity and Equality; 2017.
10. Leth-Petersen S, Sæverud J. Inequality in Denmark, 1987-2021. *Fiscal Studies*. 2024;45:173-85.
11. Hurrelmann K, Rathmann K, Richter M. Health inequalities and welfare state regimes. A research note. 2010;19(1):3-13.
12. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*. 2008;18(6):593-9.
13. Danmarks Statistik. *Relativ fattigdom*. København: Danmarks Statistik; 2019.
14. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
15. Benjaminsen L, Enemark M, Birkelund J. *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
16. Andersen I, Brønnum-Hansen H, Kriegbaum M, Hougaard CO, Hansen FK, Diderichsen F. Increasing illness among people out of labor market - A Danish register-based study. *Soc Sci Med*. 2016;156:21-8.

17. Blomqvist S, Burström B, Backhans MC. Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. *Int J Equity Health*. 2014;13:51.
18. Burström B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labor markets? *Int J Health Serv*. 2000;30(3):435-51.
19. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Working Group of Danish Review on Social Determinants of H, Andersen AM, Bach E, et al. Health inequality--determinants and policies. *Scand J Public Health*. 2012;40(8 Suppl):12-105.
20. Holland P, Burström B, Möller I, Whitehead M. Socioeconomic inequalities in the employment impact of ischaemic heart disease: a longitudinal record linkage study in Sweden. *Scand J Public Health*. 2009;37(5):450-8.
21. Holland P, Burström B, Möller I, Whitehead M. Gender and socio-economic variations in employment among patients with a diagnosed musculoskeletal disorder: a longitudinal record linkage study in Sweden. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45(8):1016-22.
22. Holland P, Burström B, Whitehead M, Diderichsen F, Dahl E, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. *Int J Health Serv*. 2011;41(3):395-413.
23. Holland P, Nylen L, Thielen K, van der Wel KA, Chen WH, Barr B, et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part II: The impact of active and passive labor market policies. *Int J Health Serv*. 2011;41(3):415-30.
24. Finansministeriet. Økonomisk Redegørelse - December 2019. København: Finansministeriet; 2019.

2 | Generelle helbreds- indikatorer



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

Restlevetid og dødelighed i forskellige aldersgrupper inklusive børnedødelighed anvendes ofte til karakterisering af befolkningens sundhed. Disse mål benyttes ofte i internationale sammenligninger, fordi de er mere sammenlignelige end andre mål. Ulighed og ændringer i middellevetid (dvs. restlevetiden for en nyfødt) formes af dødelighedsmønstret i forskellige aldersgrupper. Det er ulighed i dødelighed blandt midaldrende, som er afgørende for uligheden i middellevetid i Danmark. Der ses en tendens til at flere dødsfald forekommer blandt personer med høj alder (mellem 85 og 105 år). Denne tendens ses dog ikke for personer med en kort uddannelse, hvor der forsat også er en relativ høj andel af dødsfald blandt midaldrende.¹

Selvvrurderet helbred er en persons egen vurdering af en række helbredsforhold, som rummer mere og andet end en liste af de enkelte sygdomme, personen lider af. Selvvrurderet helbred er en indikator, der ofte benyttes som et overordnet mål for en befolknings helbredstilstand. Når man søger at forstå uligheden i selvvrurderet helbred hos individer med kortest og længst fuldførte uddannelse, finder man, at sociale vilkår i barndommen spiller en vigtig rolle,² men også at ulighed i materielle forhold (f.eks. indkomst og bolig), fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø samt sundhedsadfærd senere i livet er vigtige forklaringer, ikke mindst i Danmark.³

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

2.1 Restlevetid

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

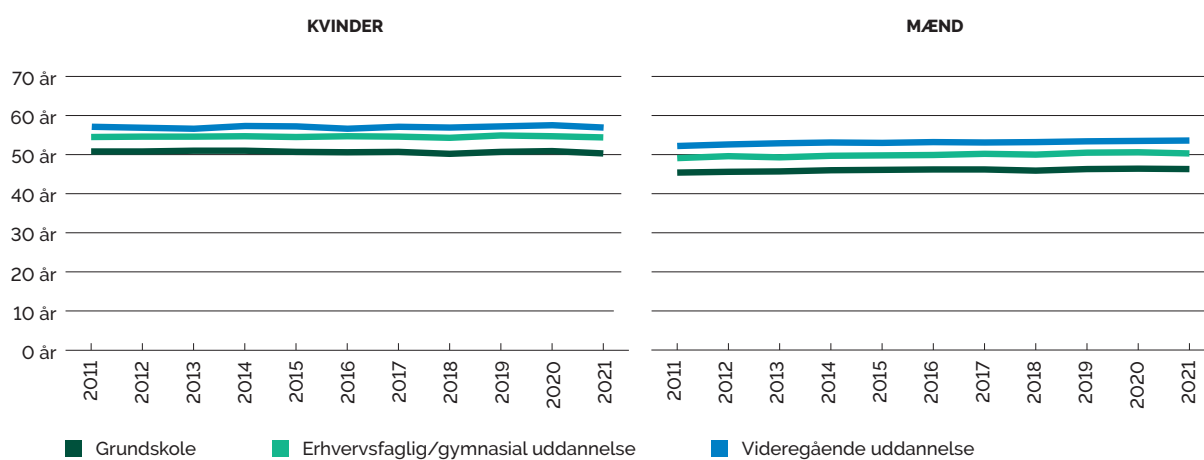
Restlevetid defineres som det gennemsnitlige resterende antal år, en person på 30 år forventes at leve i. Det forudsættes, at dødeligheden fremover svarer til dødeligheden i befolkningen (begge køn og alle aldersgrupper på 30 år eller derover) for det år, beregningen er lavet.⁴

Indikatoren restlevetid for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Det Centrale Personregister, Uddannelsesregisteret og Familieindkomstregisteret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.1.1 Restlevetid og uddannelse

FIGUR 2.1.1

Restlevetid blandt 30-årige fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i perioden 2011-2021.



Figur 2.1.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og restlevetid blandt 30-årige kvinder og mænd i perioden 2011-2021.

Der er en sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og restlevetid blandt 30-årige både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor restlevetiden blandt 30-årige er længere med længere fuldførte uddannelse.

Af figur 2.1.1 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige kvinder er stagneret i perioden 2011-2021, mens der ses en lille stigning i restlevetiden blandt mænd. Både blandt kvinder og blandt mænd ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i restlevetid i perioden 2011-2021.

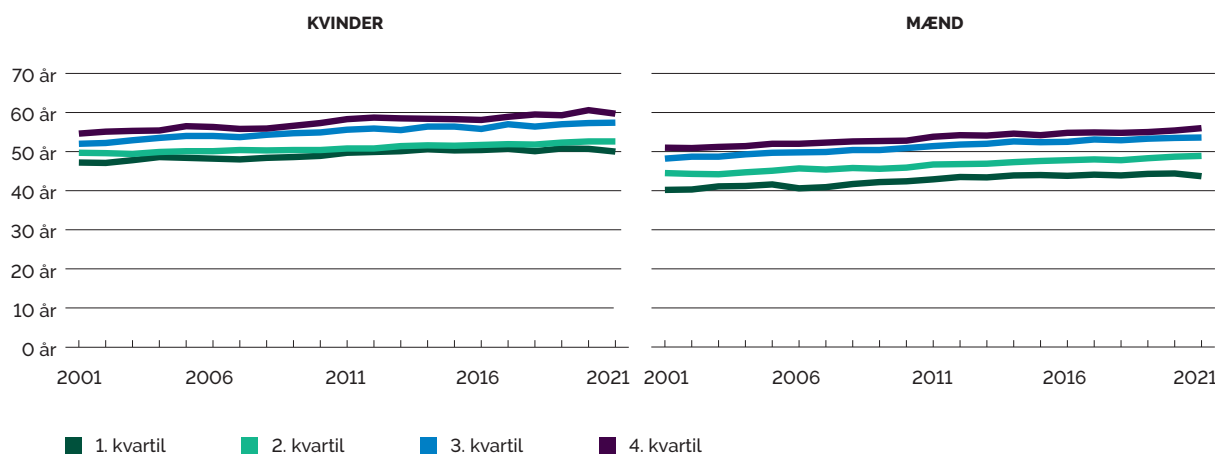
Sammenfatning

Der ses en social ulighed i restlevetid blandt 30-årige i forhold til uddannelseslængde i perioden 2011-2021. Restlevetiden er længere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2011-2021.

2.1.2 Restlevetid og indkomst

FIGUR 2.1.2

Restlevetid blandt 30-årige fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd i perioden 2001-2021.



Figur 2.1.2 viser sammenhængen mellem indkomstniveau og restlevetid blandt 30-årige kvinder og mænd i perioden 2001-2021.

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

Af figur 2.1.2 fremgår det, at restlevetiden blandt 30-årige generelt er steget i perioden 2001-2021. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Blandt kvinder ses der en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i restlevetid i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed i restlevetid blandt 30-årige i forhold til indkomstniveau i perioden 2001-2021. Restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Blandt kvinder ses der en stigning i den sociale ulighed i restlevetid i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

2.2 Dødelighed i befolkningen

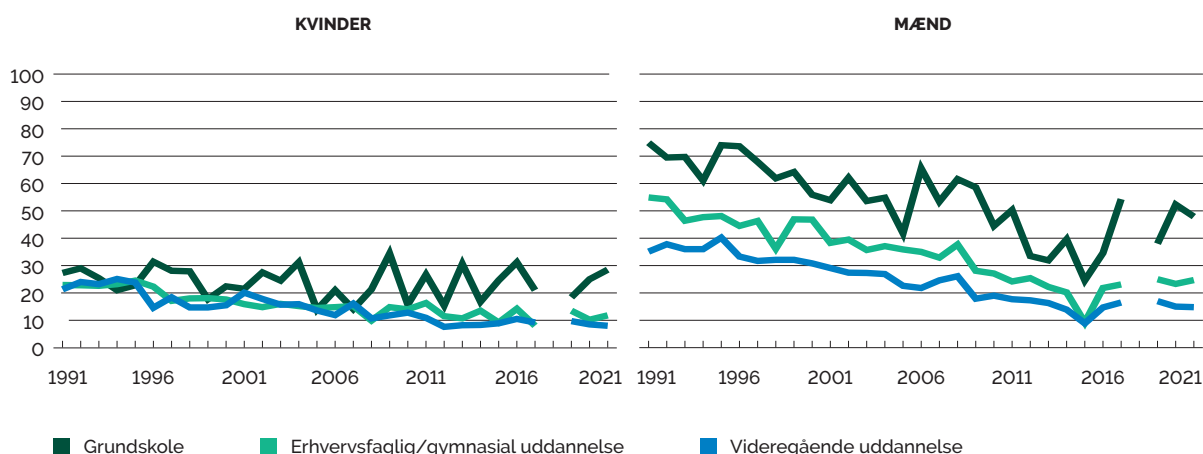
I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal dødsfald pr. 100.000 personer for personer på henholdsvis 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Dødelighed blandt 1-24-årige er undersøgt i forhold til forældrenes længst fuldførte uddannelse.

Gennem de sidste 100 år er middellevetiden i Danmark steget markant for både kvinder og mænd, men kvinderne har hele tiden haft en længere levetid end mændene.⁵ Denne generelle udvikling i dødeligheden afspejler særligt en ganske lav og konstant faldende dødelighed blandt børn og unge, mens dødeligheden blandt personer på 35 år eller derover har været mere stabil gennem de sidste årtier.⁶ Gennem de sidste 3 til 5 årtier har der konstant været en forskel i dødeligheden mellem personer med kortest og længst uddannelse, således at selvom dødeligheden er faldet i hele perioden, er dødeligheden konstant højere blandt personer med kortest uddannelse end blandt personer med længst uddannelse.⁷

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

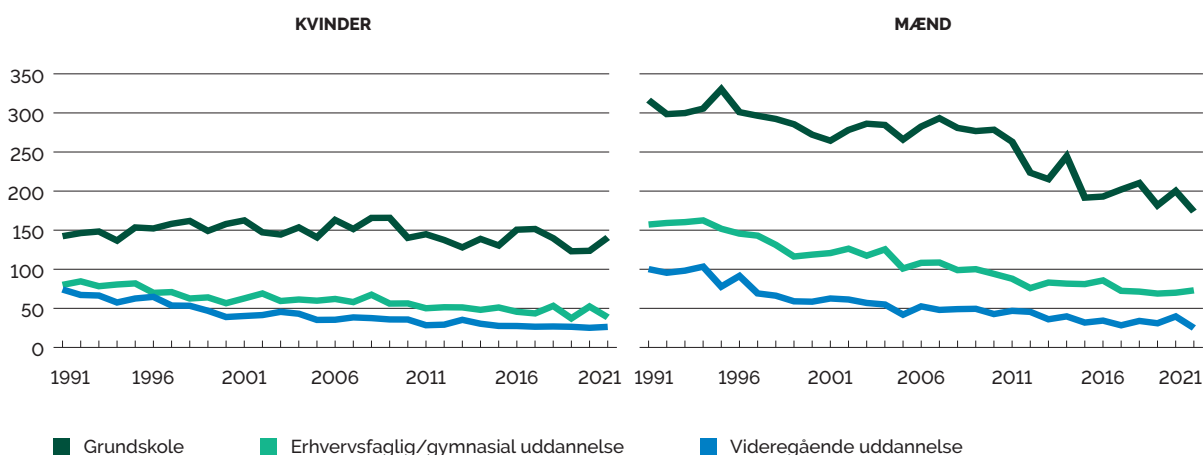
FIGUR 2.2.1

Antal dødsfald pr. 100.000 personer (mortalitetsrate), fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt 1-24-årige piger/kvinder og drenge/mænd, i perioden 1991-2021.



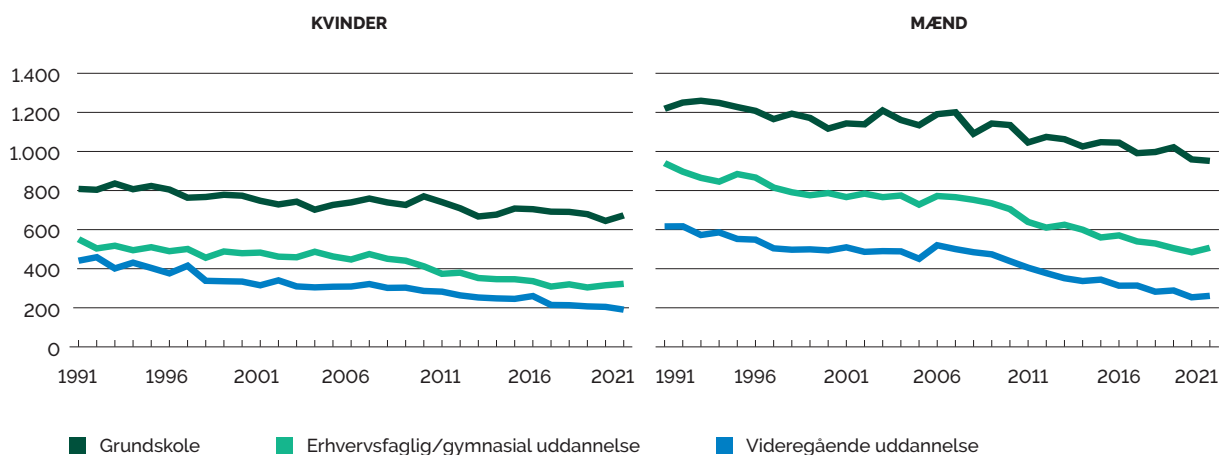
FIGUR 2.2.2

Antal dødsfald pr. 100.000 personer (mortalitetsrate), fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt 25-44-årige kvinder og mænd, i perioden 1991-2021.



FIGUR 2.2.3

Antal dødsfald pr. 100.000 personer (mortalitetsrate), fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt 45-64-årige kvinder og mænd, i perioden 1991-2021.



Figur 2.2.1, 2.2.2 og 2.2.3 viser sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af dødsfald pr. 100.000 personer blandt kvinder og blandt mænd i perioden 1991-2021. De tre figurer viser tal for henholdsvis 1-24-årige, 25-44-årige og 45-64-årige. Blandt 1-24-årige er der få dødsfald inden for uddannelsesgrupperne i 2018 (dvs. under 10), og tallene er derfor ikke vist for dette år.

Blandt de 1-24-årige ses i perioden en del udsving, men et generelt fald i dødeligheden blandt både piger/kvinder og drenge/mænd (figur 2.2.1). Af figur 2.2.2 og 2.2.3 fremgår det, at dødeligheden generelt er faldet i perioden 1991-2021 blandt 25-44-årige og 45-64-årige. Det gælder for alle tre grupper inddelt efter længst fuldførte uddannelse og både blandt kvinder og blandt mænd, bortset fra de 25-44-årige kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse. For denne gruppe er dødeligheden i perioden stagneret.

Der ses en statistisk signifikant sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af dødsfald pr. 100.000 personer. Der ses en social gradient, hvor antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd og for alle aldersgrupperne.

Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i aldersgruppen 1-24 år blandt kvinder i perioden fra 1991-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed blandt mænd i denne aldersgruppe i perioden. I aldersgruppen 25-44 år ses der blandt kvinder en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i dødelighed i perioden 1991-2021, mens der blandt mænd i denne aldersgruppe ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i dødeligheden i perioden. I aldersgruppen 45-64 år ses der en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i dødeligheden både blandt kvinder og blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en social ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1991-2021. Antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses blandt kvinder en stigning i den sociale ulighed i perioden 1991-2021 i aldersgrupperne 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Blandt mænd i aldersgruppen 45-64 år ses der en stigning i den sociale ulighed i antallet af dødsfald pr. 100.000 personer i perioden 1991-2021, mens der blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden.

2.3 Børnedødelighed og dødfødsler

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

Børnedødelighed er tidligere anvendt som en indikator for et lands sundhedstilstand og levevilkår i internationale sammenligninger.⁸ Dødfødsel defineres som fødsel af et dødt barn fra og med uge 22 i graviditeten.⁹ Spædbørnsdødelighed dækker over dødeligheden i barnets første leveår, og den havde i mange år stor betydning for befolkningens middellevetid.¹⁰ Neonatal dødelighed anvendes som betegnelse for spædbørn, der dør inden for de første 28 dage. Det er i denne periode, at de fleste spædbørn dør, og dødsfaldet kan skyldes for tidlig fødsel, medfødte misdannelser eller andre komplikationer. Postneonatal dødelighed forekommer fra 29 dage og frem til barnet bliver ét år.^{11, 12} Postneonatal dødelighed beskrives ikke i denne rapport, idet der er så få dødsfald, at resultaterne ikke kan publiceres grundet persondatabeskyttelse.

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

2.3.1 Dødfødsel

TABEL 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levende-fødte	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,7		49.429	3,8		52.756	3,6		61.011	
Grundskole	5,9	1,88*	6.927	7,0	2,59*	6.015	5,7	1,92*	5.973	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,8	1,26	16.403	4,1	1,43*	16.006	4,0	1,30	15.947	
Videregående uddannelse	3,0	1 (ref.)	26.099	3,0	1 (ref.)	30.735	3,2	1 (ref.)	39.091	
<i>SII**</i>	-2,9			-4,6			-2,9			0,76

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for moderens alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 2.3.1 viser sammenhængen mellem moderens igangværende eller længst fuldførte uddannelse og antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler i 2013, 2017 og 2021.

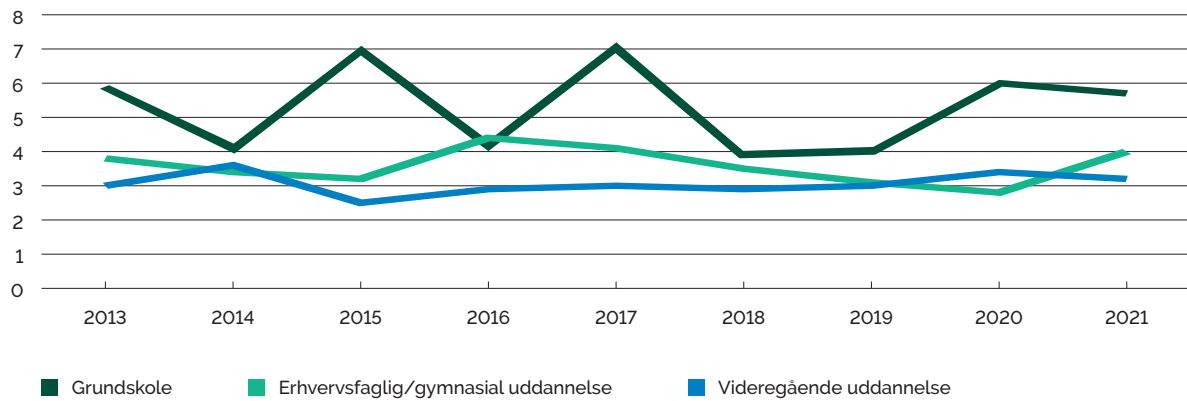
I 2021 er der blandt fødsler af mødre med grundskole 5,7 dødfødsler pr. 1.000 fødsler. Der er henholdsvis 4,0 og 3,2 dødfødsler pr. 1.000 fødsler blandt fødsler af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhæng mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal dødfødsler statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler er lavere med længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler, beregnet som forskellen mellem mødre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 2,9 dødfødsler pr. 1.000 fødsler i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 2.3.1

Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013-2021.



Figur 2.3.1 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler og i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler i årene 2013, 2017 og 2021. Antal dødfødsler pr. 1.000 fødsler er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

2.3.2 Neonatal død

TABEL 2.3.2

Antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte fordelt på moderens længst igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	
ALLE	2,0		49.246	2,6		52.556	2,1		60.789	
Grundskole	3,8	2,26*	6.886	4,4	2,22*	5.973	4,0	2,27*	5.939	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,8	1,08	16.340	3,2	1,62*	15.941	1,8	1,04	15.884	
Videregående uddannelse	1,6	1 (ref.)	26.020	2,0	1 (ref.)	30.642	1,9	1 (ref.)	38.966	
<i>SII**</i>	<i>-1,7</i>			<i>-3,1</i>			<i>-1,9</i>			<i>0,99</i>

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for moderens alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal neonatale dødsfald, det vil sige dødsfald inden for de første 28 dage, i 2013, 2017 og 2021.

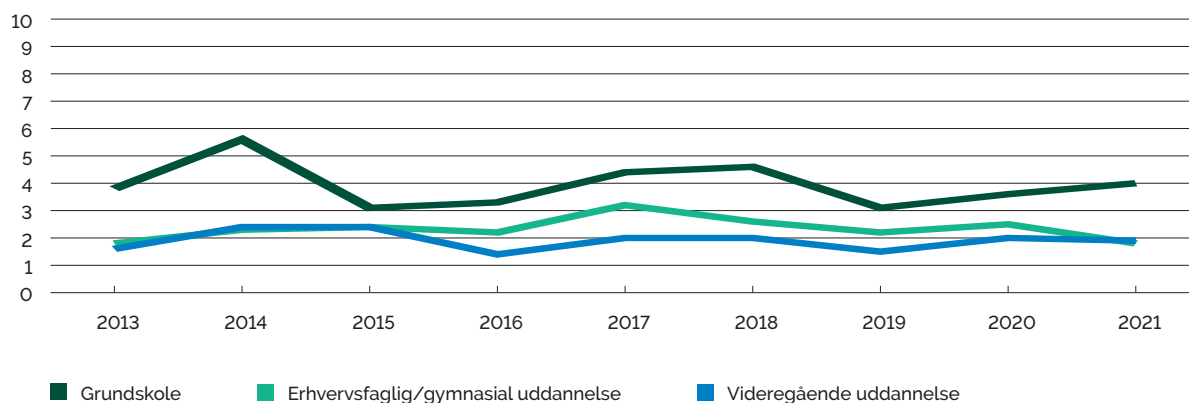
I 2021 er der blandt børn af mødre med grundskole 4,0 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte. Der er henholdsvis 1,8 og 1,9 neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhæng mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem mødre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 1,9 dødsfald pr. 1.000 levendefødte i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 2.3.2

Antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013-2021.



Figur 2.3.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af børn, der dør inden for de første 28 dage, i årene 2013, 2017 og 2021. Antal neonatale dødsfald pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

2.3.3 Dødsfald blandt børn under 5 år

TABEL 2.3.3

Antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse for børn født i perioden 2013-2017.

	2013			2015			2017			Trend, p-værdi
	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	Antal pr. 1.000 levendefødte	OR [§]	N (total)	
ALLE	2,9		49.246	3,5		50.714	3,6		52.556	
Grundskole	5,4	2,40*	6.886	4,5	1,31	6.416	6,0	2,29*	5.973	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,8	1,21	16.340	3,7	1,11	16.070	4,1	1,53*	15.941	
Videregående uddannelse	2,3	1 (ref.)	26.020	3,3	1 (ref.)	28.228	2,8	1 (ref.)	30.642	
<i>SII**</i>	-2,8			-1,2			-4,1			0,67

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

** Ulighed i antal dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for moderens alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 2.3.3 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte for børn født år 2013, 2015 og 2017.

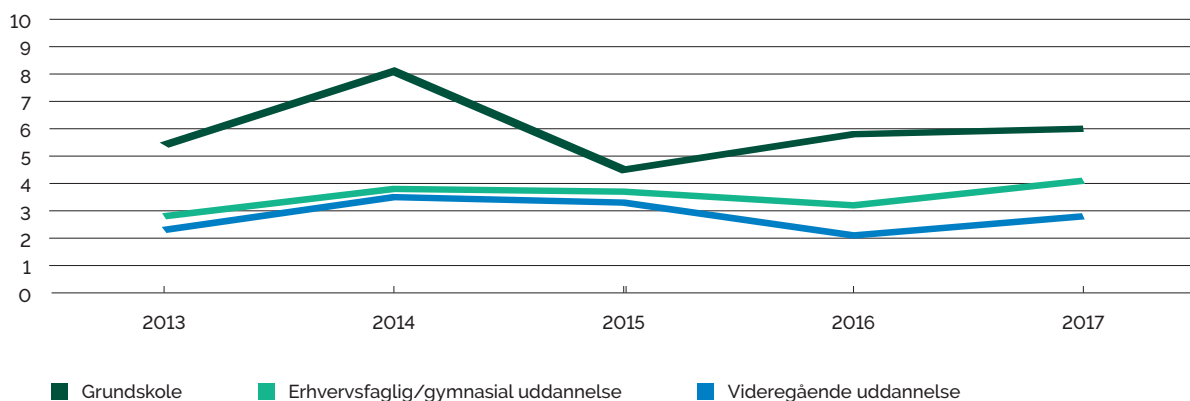
Blandt børn født i 2017 af mødre med grundskole er der 6,0 dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte. Der er henholdsvis 4,1 og 2,8 dødsfald pr. 1.000 levendefødte blandt børn født af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhæng mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte statistisk signifikant i 2013 og 2017, men ikke i 2015. Der ses en social gradient, hvor antal dødsfald under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte, beregnet som forskellen mellem mødre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 4,1 pr. 1.000 levendefødte for børn født i 2017. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for børn født i perioden 2013-2017.

FIGUR 2.3.3

Antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse for børn født i perioden 2013-2017.



Figur 2.3.3 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i perioden 2013-2017.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antal dødsfald blandt børn under 5 år for børn født i årene 2013 og 2017, men ikke blandt børn født i 2015. Antal dødsfald blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2017.

2.4 Selvvurderet helbred

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har et godt selvvurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover.

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons egen samlede vurdering af sin helbredstilstand, der ikke alene kan beskrives ved en liste af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en god prædikator for sygelighed.¹³⁻¹⁸ Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der findes flere forklaringer på disse sammenhænge. For det første er selvvurderet helbred en persons samlede vurdering af eget helbred. Denne vurdering omfatter ikke alene den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en sammenligning af egen helbredstilstand med helbredstilstanden blandt jævnaldrende. Desuden kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt egen forebyggende og sundhedsfremmende adfærd. Selvvurderet helbred menes tillige at være påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i ens netværk i tilfælde af sygdom.¹⁷

Indikatoren selvvurderet helbred er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for et spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1

TABEL 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	83,1		134.058	81,1		150.076	81,5		153.693	
KVINDER	81,2		71.826	79,0		80.389	79,5		83.434	
Grundskole	68,5	0,32*	18.665	67,8	0,36*	18.317	68,3	0,40*	16.908	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	82,1	0,57*	27.893	79,6	0,61*	31.815	79,3	0,66*	32.061	
Videregående uddannelse	89,4	1 (ref.)	25.268	87,0	1 (ref.)	30.257	86,2	1 (ref.)	34.465	
<i>SII**</i>	<i>19,5</i>			<i>20,1</i>			<i>17,2</i>			<i>0,45</i>
MÆND	85,0		62.232	83,2		69.687	83,5		70.259	
Grundskole	75,9	0,35*	13.772	73,8	0,35*	14.437	75,0	0,41*	13.383	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	85,0	0,58*	29.800	83,3	0,59*	33.177	83,0	0,63*	32.893	
Videregående uddannelse	91,3	1 (ref.)	18.660	89,9	1 (ref.)	22.073	89,3	1 (ref.)	23.983	
<i>SII**</i>	<i>14,3</i>			<i>16,5</i>			<i>14,3</i>			<i>0,98</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 2.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

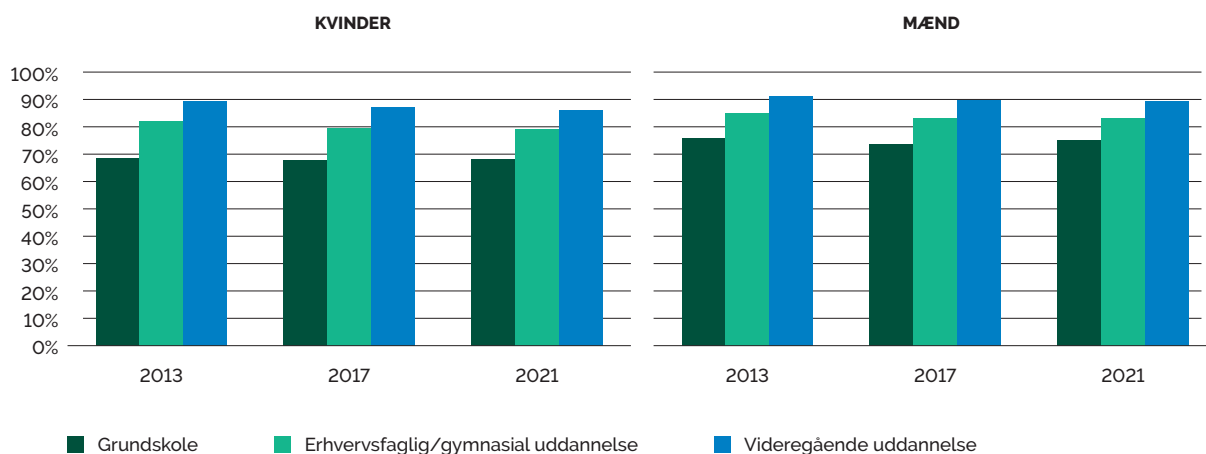
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 68 %, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Det gælder henholdsvis 79 % og 86 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 75 %, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Det gælder henholdsvis 83 % og 89 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 17 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 2.4

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover, i 2013, 2017 og 2021.



Figur 2.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

2.5 Funktionsevne

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

Danskernes middellevetid er gennem de seneste årtier overordnet set steget støt.¹⁹ Både andelen og antallet af ældre – her afgrænset til personer på 65 år eller derover – forventes således at stige i de kommende år. Ifølge Danmarks Statistik udgjorde andelen af ældre på 65 år eller derover omkring 20 % af hele befolkningen i 2021. I 2050 forventes andelen at være steget til godt 25%.²⁰ I absolutte tal drejer det sig om en stigning fra 1,17 mio. i 2021 til 1,56 mio. i 2050. I takt med at befolkningen generelt lever længere, vil det betyde, at flere danskere kommer til at leve en del af deres liv med kronisk sygdom, idet ældre oftere får én eller flere samtidige kroniske sygdomme.²¹ Desuden vil ældre typisk med alderen opleve en stigende grad af nedsat mobilitet^{22, 23} og kognition.^{24, 25} Dette mønster fremgår også af rapporten "Ældres sundhed og trivsel", som belyser sundhedstilstanden blandt personer på 65 år eller derover.²⁶ Rapporten viser således, at ældres sundhedstilstand og trivsel generelt set bliver dårligere med alderen.²⁷ Dette ses også afspejlet i, at efterspørgslen på og forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet og i den kommunale ældrepleje generelt stiger med alderen.²⁸

Indikatorerne mobilitet og kommunikationsfærdigheder er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (2013, 2017 og 2021). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.5.1 Mobilitet

TABEL 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	22,4		3.542	23,4		3.564	22,2		3.810	
KVINDER	28,1		1.870	28,2		1.907	27,8		2.027	
Grundskole	34,0	1,68*	800	37,5	2,64*	649	37,4	2,39*	618	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	24,9	1,38	693	24,0	1,50*	780	25,7	1,68*	783	
Videregående uddannelse	19,9	1 (ref.)	377	16,0	1 (ref.)	478	15,5	1 (ref.)	626	
SII**	-12,2			-23,9			-17,5			0,70
MÆND	15,8		1.672	17,7		1.657	16,2		1.783	
Grundskole	22,9	2,93*	500	25,0	2,88*	427	21,8	2,93*	415	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14,8	2,04*	774	16,6	1,86*	767	17,1	2,46*	847	
Videregående uddannelse	7,9	1 (ref.)	398	9,8	1 (ref.)	463	7,6	1 (ref.)	521	
SII**	-14,3			-19,5			-17,4			0,60

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 2.5.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænset mobilitet (det vil sige andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet), blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

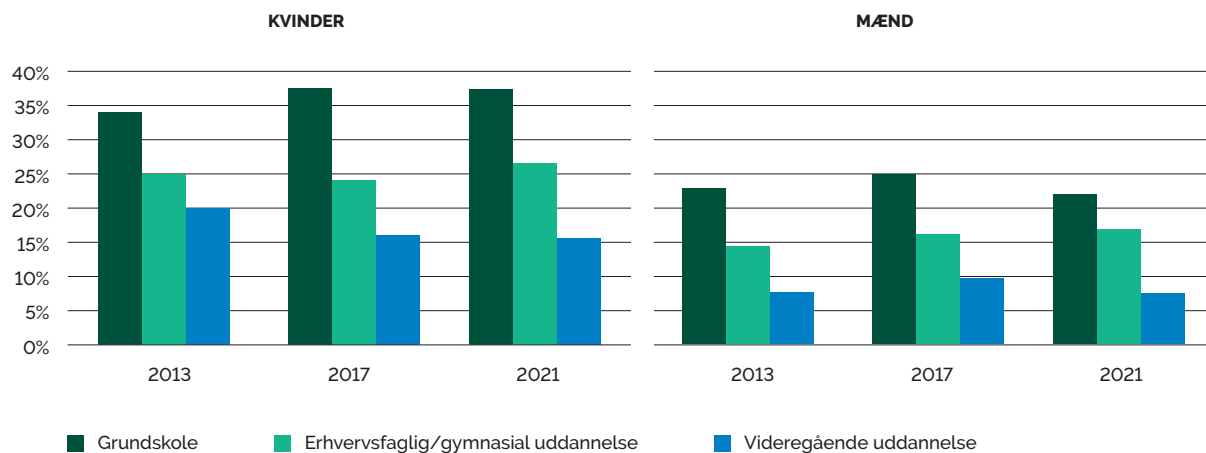
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 37%, der har begrænset mobilitet. Det gælder henholdsvis 26% og 16% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 22%, der har begrænset mobilitet. Det gælder henholdsvis 17% og 8% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænset mobilitet, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænset mobilitet, beregnet som forskellen mellem ældre med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 17 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 2.5.1

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til mobilitet, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 2.5.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænset mobilitet, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har begrænset mobilitet, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har begrænset mobilitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

2.5.2 Kommunikationsfærdigheder

TABEL 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	11,6		3.552	12,3		3.607	12,4		3.834	
KVINDER	10,2		1.878	11,8		1.935	11,2		2.039	
Grundskole	13,2	1,38	804	16,3	2,63*	669	15,0	2,02*	626	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,5	0,89	696	9,8	1,61	789	11,0	1,84*	786	
Videregående uddannelse	8,1	1 (ref.)	378	5,6	1 (ref.)	477	5,5	1 (ref.)	627	
<i>SII**</i>	-5,8			-10,3			-6,5			0,91
MÆND	13,2		1.674	12,8		1.672	13,7		1.795	
Grundskole	20,2	2,17*	500	14,8	1,48	431	18,3	2,44*	417	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,7	1,21	774	13,0	1,38	774	14,1	1,98*	854	
Videregående uddannelse	8,9	1 (ref.)	400	9,7	1 (ref.)	467	7,5	1 (ref.)	524	
<i>SII**</i>	-11,4			-6,0			-13,0			0,87

§ OR er justeret for alder og køn.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 2.5.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder (det vil sige andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder), blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

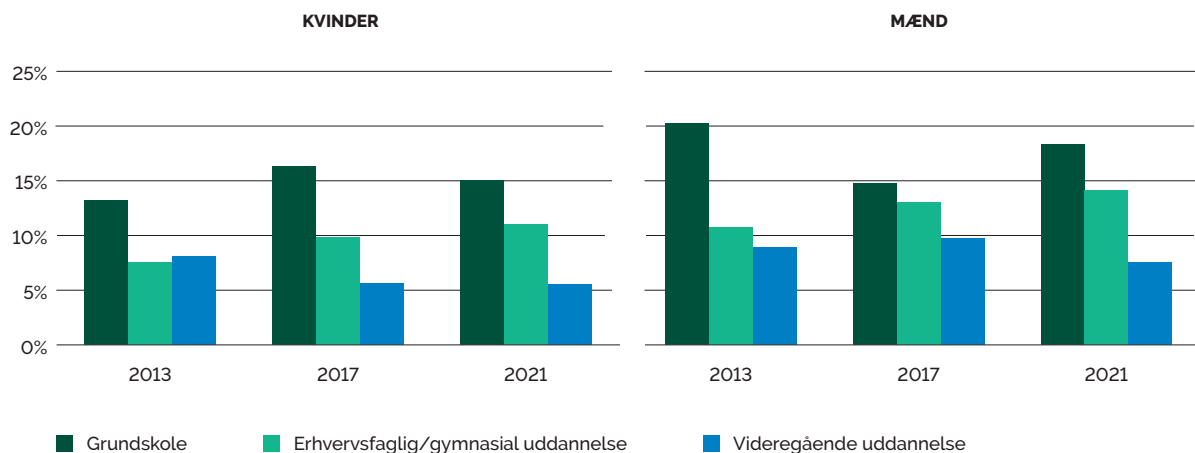
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 15 %, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder. Det gælder henholdsvis 11 % og 5,5 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 18 %, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder. Det gælder henholdsvis 14 % og 7,5 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, statistisk signifikant blandt kvinder i 2017 og 2021 og blandt mænd i 2013 og 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, beregnet som forskellen mellem ældre med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 6,5 procentenheder blandt kvinder og 13 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 2.5.2

Andelen, der slet ikke kan eller har meget besvær med én eller flere aktiviteter relateret til kommunikationsfærdigheder, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 2.5.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, blandt kvinder i årene 2017 og 2021 og blandt mænd i årene 2013 og 2021. Andelen, der har begrænsede kommunikationsfærdigheder, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Opsummering

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

Vi har i dette kapitel blandt andet beskrevet restlevetid for 30-årige, dødelighed i befolkningen og børnedødelighed. Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en kortere restlevetid og en højere dødelighed end blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses også social ulighed i restlevetid på tværs af grupper inddelt efter indkomstniveau, hvor restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Antallet af dødfødsler, antallet af neonatale dødsfald og antallet af dødsfald blandt børn under 5 år er højere blandt børn af mødre med grundskole som længst fuldførte uddannelse end blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

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

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed i dødelighed i befolkningen gælder det, at der blandt kvinder ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021 i aldersgrupperne 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Blandt mænd ses der en stigning i den sociale ulighed i dødeligheden i aldersgrupperne 45-64 år, mens der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år. Ligeledes ses en stigning i den sociale ulighed i restlevetid i forhold til indkomstniveau blandt 30-årige kvinder i perioden 2001-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i restlevetid i perioden i forhold til indkomstniveau blandt mænd og i forhold til uddannelseslængde blandt både kvinder og mænd. For de tre børnedødelighedsmål, selvvurderet helbred og funktionsevne blandt ældre ses ingen ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Referencer

1. Brønnum-Hansen H. Socially disparate trends in lifespan variation: a trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open*. 2017;7(5):e014489.
2. Sieber S, Cheval B, Orsholits D, Van der Linden BW, Guessous I, Gabriel R, et al. Welfare regimes modify the association of disadvantaged adult-life socioeconomic circumstances with self-rated health in old age. *Int J Epidemiol*. 2019;48(4):1352-66.
3. Dieker AC, W IJ, Proper KI, Burdorf A, Ket JC, van der Beek AJ, et al. The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health a systematic review. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(2):114-25.
4. Danmarks Statistik. Middellevetid: Danmarks Statistik.; 2024 [Citeret 1. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid/middellevetid>.
5. Danmarks Statistik. HISB7: Middellevetid for 0-årige efter køn: Danmarks Statistik; 2020 [Citeret 27. februar 2020]. Tilgængelig fra: <https://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1745>.
6. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2004.
7. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
8. Sharrow D, Hug L, Liu Y, You D. Levels & Trends in Child Mortality. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/levels-and-trends-in-child-mortality-igme-english_2020_.pdf?sfvrsn=ad8e0376_1&download=true; 2020.
9. Tavares Da Silva F, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhange S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2016;34(49):6057-68.
10. Danmarks Statistik. Befolkningens udvikling 2022. København og online <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=49771&sid=befudv2022>: Danmarks Statistik; 2023.
11. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. Geneve: World Health Organization; 2006.
12. Mortensen LH. Spædbarnsdødeligheden i Danmark er lav, men langt fra Europas laveste København: Danmarks Statistik; 2017 [Citeret 3. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2017/2017-06-27-spaedbarnsdoedeligheden-i-danmark>.
13. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(4):227-32.
14. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*. 2004;59(6):1297-306.

15. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267-75.
16. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(1):107-16.
17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
18. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS One*. 2014;9(1):e84933.
19. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik: Middellevetiden er ikke steget det seneste år: Danmarks Statistik; 2019 [Citeret 3. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28481>.
20. Danmarks Statistik. Statistikbanken <https://www.statistikbanken.dk>: Danmarks Statistik; 2024 [Citeret 8. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.statistikbanken.dk>.
21. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.
22. Ferrucci L, Cooper R, Shardell M, Simonsick EM, Schrack JA, Kuh D. Age-related change in mobility: Perspectives from life course epidemiology and geroscience. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(9):1184-94.
23. Manini TM. Mobility decline in old age: a time to intervene. *Exerc Sport Sci Rev*. 2013;41(1):2.
24. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. *Annu Rev Psychol*. 2012;63:201-26.
25. Park HL, O'Connell JE, Thomson RG. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(12):1121-34.
26. Johannesen C, Davidsen M, Christensen A. Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2019.
27. Pisinger V, Davidsen M, Tolstrup JS, Christensen AI. Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2023 er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, Den Nationale Sundhedsprofiler og udvalgte registre. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2024.
28. Sundheds- og Ældreministeriet med bidrag fra Sundhedsdatastyrelsen. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.

3

Tidlige vilkår for sundhed og sygdom



I dette kapitel beskrives en række vigtige indikatorer for de tidlige vilkår for den sociale ulighed i sundhed, herunder miljø i fosterlivet, forholdene omkring fødsel, de første leveår samt indikatorer, som påvirker børn og unges skolegang.

Social ulighed i sundhed kan kun forstås, hvis man ser det i et livsforløbsperspektiv, hvor de livsvilkår, som samfundet og familierne kan skabe for sine børn, påvirker børnenes opvækst, senere uddannelse, erhverv og helbred.¹ I et 30-års perspektiv har mange flere børn i dag forældre med en lang uddannelse. Men de børn, som har en forælder med en kort uddannelse, er nu oftere socialt udsatte. For eksempel bor de oftere i et ressourcematigt område, er fattige, har en arbejdsløs forælder, en straffet far eller en mor i psykiatrisk behandling.² Forældres korte uddannelse er på den måde blevet stærkere knyttet til en øget sårbarhed for barnet.

Den stærke kobling mellem forældres uddannelse og indkomst, som er beskrevet i kapitel 1, er en væsentlig baggrund for belysning af uligheden i børnenes trivsel, ernæring og psykiske symptomer. Hvad barnet udsættes for tidligt i livet, såsom dårlig ernæring, stress og kemikalier under graviditet og tidlig opvækst, påvirker en lang række organers (inkl. hjernens) udvikling, senere funktion og regulering. Det sker delvis via epigenetiske mekanismer, hvor genernes funktion ændres på en måde, som kan videreføres til næste generation.³

To meget anvendte indikatorer for fosterets udvikling og eventuel eksponering under graviditeten er tidlig fødsel og lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder (graviditetens længde). Lav fødselsvægt i forhold til gestationsalder er forbundet med øget risiko for blandt andet hjertekarsygdom, lungesygdom samt metaboliske sygdomme i voksenlivet som for eksempel type 2-diabetes og forhøjet blodtryk.⁴⁻⁶ Tidlig fødsel øger, uanset fødselsvægt, risikoen for senere neurologiske symptomer og indlæringsvanskeligheder. Dermed reducerer det også chancen at få en videregående uddannelse.⁷ En anden vigtig indikator for tidlige vilkår for sundhed er barnets ernæring, herunder om barnet ammes. Amning reducerer forekomsten af infektioner blandt spædbørn og mindsker formentlig risiko for overvægt og type 2-diabetes senere i livet.⁸⁻¹¹

Andre vigtige indikatorer ved beskrivelsen af social ulighed i forebyggelse, sundhed og sygdom i de tidligere år af livet er deltagelse i det danske børnevaccinationsprogram, udviklingen af caries i tænderne blandt danske børn samt overvægt, ensomhed, livstilfredshed og selvformåen blandt skolebørn. Selvformåen er en persons egen vurdering af, hvor godt han eller hun er i stand til at planlægge og gennemføre en handling, som er nødvendig for at udføre en bestemt opgave. Børn og unge, der har lav selvformåen, er i større risiko for at udvikle symptomer på stress, angst og depression end børn, der har høj selvformåen.^{12,13}

Børnefattigdom kan medføre en række negative konsekvenser i barndommen samt i det senere voksenliv i form af både mentale og fysiske helbredsproblemer.¹⁴⁻¹⁹ Desuden er faktorer som at få en ungdomsuddannelse og en tilknytning til arbejdsmarkedet i ungdomsårene af stor betydning for at blive en del af samfundet, idet det modvirker arbejdsløshed og lav indkomst. Samtidig er uddannelse en vigtig faktor for et godt helbred, lavere dødelighed og en høj livskvalitet.¹⁵ Det er også i ungdomsårene, nogle unge eksperimenterer med hash og andre stoffer. For nogle unge kan brugen af stoffer foruden de alvorlige akutte konsekvenser føre til varige psykiske og fysiske lidelser.²⁰

3.1 Fødsler

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af fødsler, hvor barnet er født før uge 37, eller hvor barnet er født lille i forhold til gestationsalder (graviditetens længde).

Børn født før udgangen af 37. svangerskabsuge betegnes som tidligt fødte. De inddeles i: moderat tidligt fødte børn med en gestationsalder på 32-36 uger, meget tidligt fødte børn med gestationsalder på 28-31 uger og ekstremt tidligt fødte med en gestationsalder på mindre end 28 uger.²¹ Andelen af børn, der er født før fulde 37. uge, har i perioden 2008-2018 udgjort 6-7 % af alle nyfødte børn i Danmark.²² Et barn kan ved fødslen være lille i forhold til gestationsalderen, hvilket defineres som en fødselsvægt ≤ 10 -percentilen for gestationsalderen.

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

3.1.1 Fødsel før uge 37

TABEL 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	4,7		48.266	4,9		51.703	4,7		60.639	
Grundskole	6,3	1,50*	6.769	5,9	1,32*	5.883	6,4	1,56*	5.920	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,9	1,18*	16.063	5,4	1,20*	15.690	5,3	1,28*	15.842	
Videregående uddannelse	4,2	1 (ref.)	25.434	4,5	1 (ref.)	30.130	4,2	1 (ref.)	38.877	
<i>SII**</i>	-2,3			-1,9			-2,9			0,47

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.1.1 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fødes før uge 37, i 2013, 2017 og 2021.

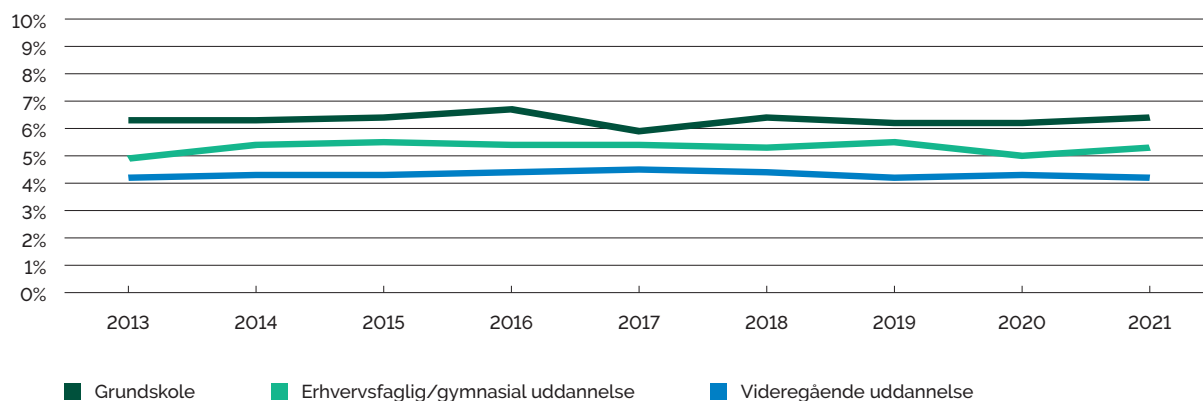
I 2021 er der blandt børn af mødre med grundskole 6,4 %, der er født før uge 37. Det gælder henholdsvis 5,3 % og 4,2 % blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der er født før uge 37, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der er født tidligt, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 2,9 procentenheder i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for perioden 2013-2021.

FIGUR 3.1.1

Andelen af børn, der fødes før uge 37, fordelt på moderens igangværende eller fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2013-2021.



Figur 3.1.1 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fødes før uge 37, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der er født før uge 37, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er født før uge 37, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.1.2 Børn, der er født små i forhold til gestationsalder

TABEL 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	10,7		48.266	10,0		51.703	9,3		60.639	
Grundskole	14,2	1,46*	6.769	13,1	1,41*	5.883	13,0	1,53*	5.920	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,8	1,10*	16.063	9,7	1,01	15.690	9,7	1,11*	15.842	
Videregående uddannelse	9,7	1 (ref.)	25.434	9,5	1 (ref.)	30.130	8,6	1 (ref.)	38.877	
<i>SII**</i>	-4,1			-2,7			-3,9			0,10

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.1.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, i 2013, 2017 og 2021.

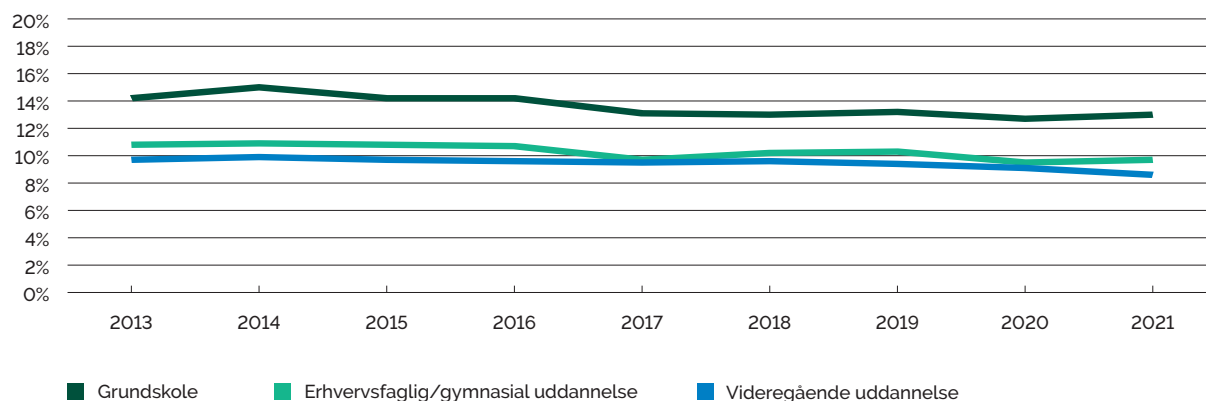
I 2021 er der blandt børn af mødre med grundskole 13 %, der fødes små i forhold til gestationsalder. Det gælder henholdsvis 9,7 % og 8,6 % blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, beregnet som forskellen mellem mødre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 3,9 procentenheder i 2021. Der ses ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.1.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, er lavere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.2 Amning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der ammes, til de er mindst fire måneder.

Amning har en lang række gavnlige helbreds- og trivselseffekter for barnet. Ud over at give næring til barnet har amning også positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet – også på lang sigt. Tidligere forskning viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt samt type 1- og 2-diabetes.⁸⁻¹¹ Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn ammes fuldt, til de er omkring seks måneder, og de definerer fuldamning som, at barnet ernæres udelukkende af modernælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der udover moderens mælk kan tillades supplement med vand og lignende og/eller maksimalt ét måltid med modernælkserstatning om ugen.²³ Delvis amning anbefales til 12 måneder eller længere.²³ Nogle børn har dog brug for anden mad end mælk, før de bliver seks måneder, dog ikke tidligere end fire måneder.^{23, 24} På den baggrund har vi i rapporten valgt at opgøre fuldamning i mindst fire måneder.

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

TABEL 3.2

Andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	54,8		31.928	60,0		26.728	56,8		48.344	
Grundskole	35,6	0,36*	4.173	39,7	0,33*	2.917	35,7	0,31*	4.990	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	46,5	0,50*	10.982	51,9	0,52*	8.141	47,0	0,49*	13.201	
Videregående uddannelse	65,0	1 (ref.)	16.773	68,1	1 (ref.)	15.670	64,5	1 (ref.)	30.153	
<i>SII**</i>	<i>35,8</i>			<i>36,2</i>			<i>40,5</i>			<i>0,10</i>

§ OR er justeret for moderens alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af børn, der fuldammes, til de er fire måneder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for moderens alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, i 2013, 2017 og 2021.

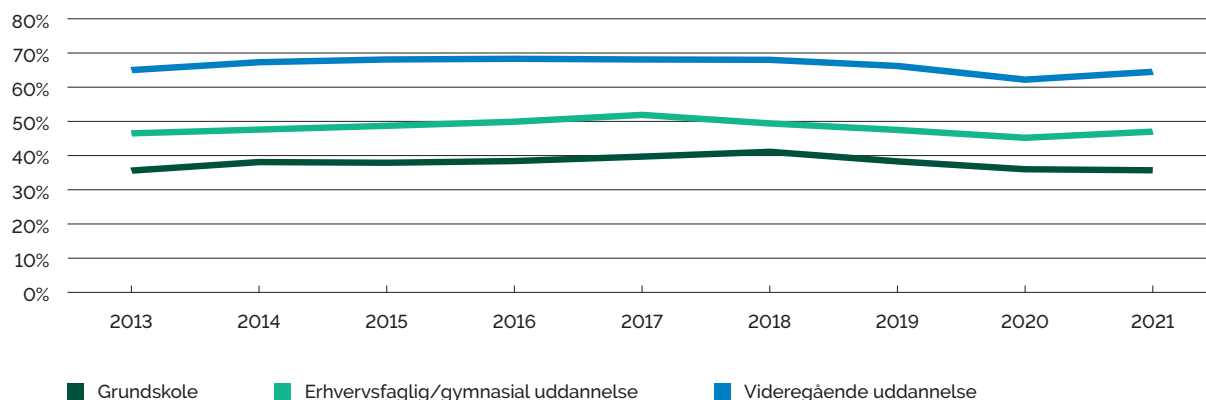
I 2021 er der blandt børn af mødre med grundskole 36 %, der fuldammes, til de er mindst fire måneder. Det gælder henholdsvis 47 % og 65 % blandt børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for moderens alder er sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, er højere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 41 procentenheder i 2021. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 3.2

Andelen af børn, der fuldammes, til de er fire måneder, fordelt på moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.2 viser sammenhængen mellem moderens længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der fuldammes, til de er fire måneder, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der fuldammes, til de er mindst fire måneder, er højere med moderens længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.3 Børnevaccinationsprogrammet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der er færdigvaccineret med vaccinationerne i børnevaccinationsprogrammet mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og Hib-infektion (DiTeKiPol/Hib), mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR) og human papillomavirus (HPV).

Det samlede danske børnevaccinationsprogram er indført med det formål at bekæmpe udbredte og alvorlige børne- og folkesygdomme, som for eksempel difteri, polio, kighoste, og mæslinger.²⁵ For at opnå den bedst mulige beskyttelse, også blandt børn, der ikke vaccineres, bør en vis andel af en fødselsårgang vaccineres. Dette kaldes "flokimmunitet". Andelen, der bør vaccineres for at opnå flokimmunitet, afhænger af, hvilken smitsom sygdom, der er tale om. For eksempelvis mæslinger, som er en af de mest smitsomme sygdomme, vi kender, skal vaccinationsdækningen være på mindst 95%.²⁵ Børnevaccinationsprogrammet er sammensat og udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger,²⁶ og vaccinationerne bliver tilbudt gratis og gives hos den praktiserende læge.

Vaccination mod DiTeKiPol/Hib består af tre vaccinationer mod de pågældende sygdomme anbefalet ved 3, 5 og 12 måneder samt en DiTeKiPol-revaccination anbefalet ved 5 år (booster). Vaccination mod MFR består af to vaccinationer anbefalet ved 15 måneder og 4 år.²⁶ Vaccination mod HPV blev en del af det danske børnevaccinationsprogram for piger i 2009,²⁵ og har blandt andet til formål at beskytte piger og kvinder mod kræft i livmoderhalsen. Den 1. september 2019 blev HPV-vaccination til drenge også en del af børnevaccinationsprogrammet. Den har til formål at beskytte drenge og mænd mod blandt andet analkræft. Fordi HPV smitter ved seksuel kontakt, bør man blive vaccineret inden seksuel debut for at opnå den bedst mulige beskyttelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler vaccination ved 12 år. Vaccination mod HPV er gratis og gives hos den praktiserende læge. I 2014 skete der et stort fald i tilslutningen til vaccinen mod HPV efter en ellers succesfuld introduktion i 2009. En forklaring på det store fald kan være negativ medieomtale omkring vaccinen.²⁷

Udover de ovennævnte vacciner er pneumokokvaccinen også en del af det danske børnevaccinationsprogram, den gives med de tre første doser DiTeKiPol/Hib. Vi har i denne rapport ikke valgt at opgøre denne, fordi vaccinationsdækningen er meget lig den for DiTeKiPol/Hib.²⁵

Indikatorerne færdigvaccineret med vaccinationerne i børnevaccinationsprogrammet mod DiTeKiPol/Hib, MFR og HPV er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Danske Vaccinationsregister. Indikatoren færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib er defineret, som at barnet skal have fået 4 vaccinationer inden udgangen af året, hvor barnet fylder 6 år. Indikatoren færdigvaccineret mod MFR er defineret, som at barnet skal have fået 2 vaccinationer inden udgangen af året, hvor barnet fylder 5 år (hvis barnet er født før 1/4-2004 skal barnet have fået 2 vaccinationer inden udgangen af året, hvor barnet fylder 13 år). Indikatoren færdigvaccineret mod HPV er defineret, som at barnet skal have fået 2 vaccinationer før udgangen af året, hvor barnet fylder 14 år (hhv. 3 vaccinationer for børn født før 2000). I denne rapport er indikatoren færdigvaccineret mod HPV opgjort for piger i årene 2013, 2017 og 2021 og for drenge i 2021, fordi drenge først blev tilbudt HPV-vaccination, som en del af børnevaccinationsprogrammet fra 2019. Drenge, der fyldte 12 år 1. juli 2019 eller senere, kunne modtage vaccinationerne fra 1. september 2019. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 4.

TABEL 3.3.1

Andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	75,3		62.345	83,1		56.537	85,5		54.169	
Grundskole	60,1	0,41*	5.320	70,5	0,38*	4.779	72,1	0,34*	4.189	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	73,7	0,76*	22.836	80,8	0,67*	18.923	83,2	0,65*	16.692	
Videregående uddannelse	78,7	1 (ref.)	34.189	86,2	1 (ref.)	32.835	88,3	1 (ref.)	33.288	
<i>SII**</i>	<i>17,6</i>			<i>16,5</i>			<i>16,3</i>			<i>0,94</i>

* OR er statistisk signifikant.

** Ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.3.1 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, i 2013, 2017 og 2021.

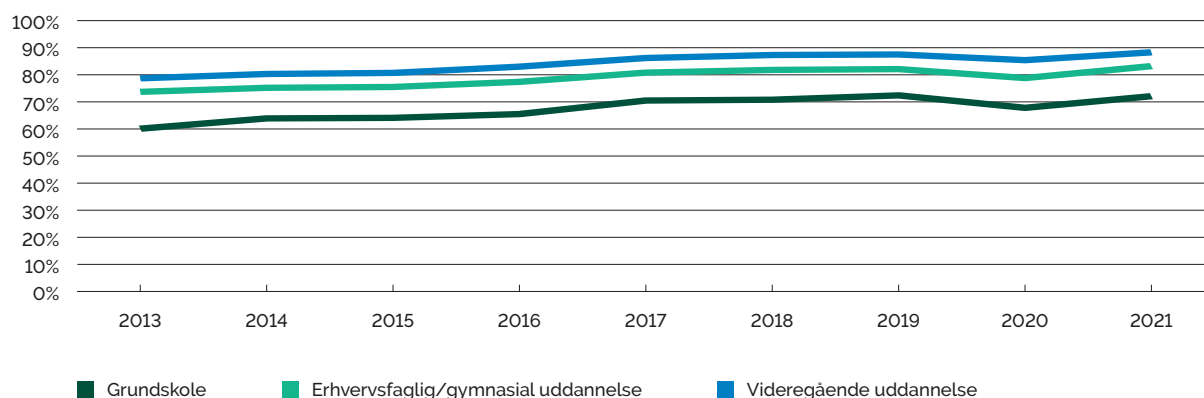
I 2021 er der blandt børn af forældre med grundskole 72 %, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib. Det gælder henholdsvis 83 % og 88 % blandt børn af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, er statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 16 procentenheder i 2021. Der ses en ikke statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 3.3.1

Andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.3.1 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.3.2 MFR-vaccination

Tabel 3.3.2 Andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

TABEL 3.3.2

Andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	82,2		127.373	87,1		70.486	94,1		56.829	
Grundskole	72,4	0,48*	12.731	76,3	0,37*	5.920	84,5	0,24*	4.079	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,6	0,81*	51.403	85,3	0,66*	24.468	93,0	0,59*	16.879	
Videregående uddannelse	84,7	1 (ref.)	63.239	89,8	1 (ref.)	40.098	95,7	1 (ref.)	35.871	
<i>SII**</i>	<i>11,7</i>			<i>13,8</i>			<i>10,0</i>			<i>1,00</i>

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.3.2 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, i 2013, 2017 og 2021.

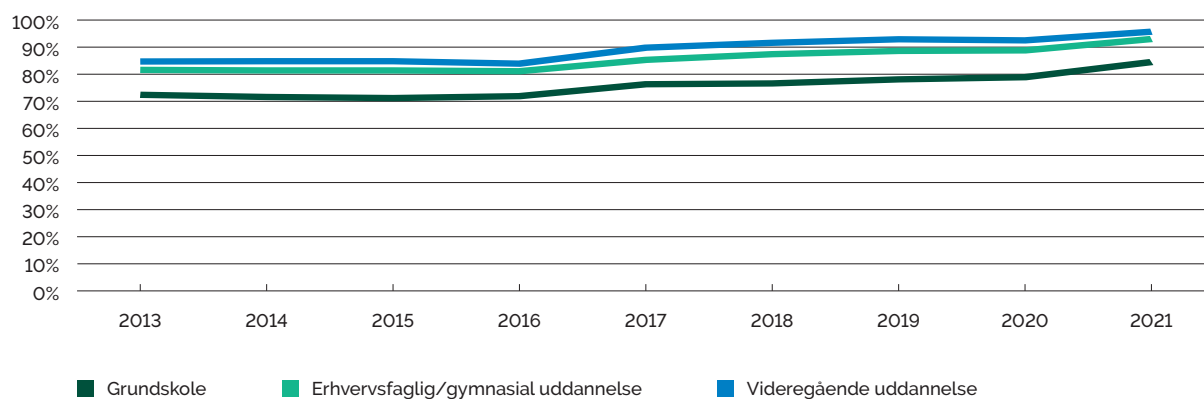
I 2021 er der blandt børn af forældre med grundskole 85 %, der er færdigvaccineret mod MFR. Det gælder henholdsvis 93 % og 96 % blandt børn af forældre med erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, er statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 10 procentenheder i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 3.3.2

Andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.3.2 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen, der er færdigvaccineret mod MFR, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af børn, der er færdigvaccineret mod MFR, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.3.3 HPV-vaccination

TABEL 3.3.3

Andelen af piger og drenge, der er færdigvaccineret mod HPV, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse. Andelen, der er færdigvaccineret mod HPV, er opgjort for piger i årene 2013, 2017 og 2021 og for drenge i 2021, fordi drenge først blev tilbudt HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet fra 2019.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE							75,7	50.165		
PIGER	79,2			49,6			81,4	32.662		
Grundskole	70,6	0,58*	2.469	41,7	0,67*	1.946	64,4	0,33*	2.042	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	79,1	0,91*	13.870	47,7	0,85*	12.045	79,1	0,70*	10.818	
Videregående uddannelse	80,6	1 (ref.)	16.096	51,8	1 (ref.)	17.537	84,5	1 (ref.)	19.802	
<i>SII**</i>	7,3			10,5			17,4			< 0,01
DRENGE							64,9	17.503		
Grundskole							45,1	0,37*	1.099	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse							61,1	0,70*	5.787	
Videregående uddannelse							69,0	1 (ref.)	10.617	
<i>SII**</i>							23,0			

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod HPV, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.3.3 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af piger og drenge, som er færdigvaccineret mod HPV. Andelen der er færdigvaccineret mod HPV, er opgjort for piger i årene 2013, 2017 og 2021 og for drenge i 2021, fordi drenge først blev tilbudt HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet fra 2019.

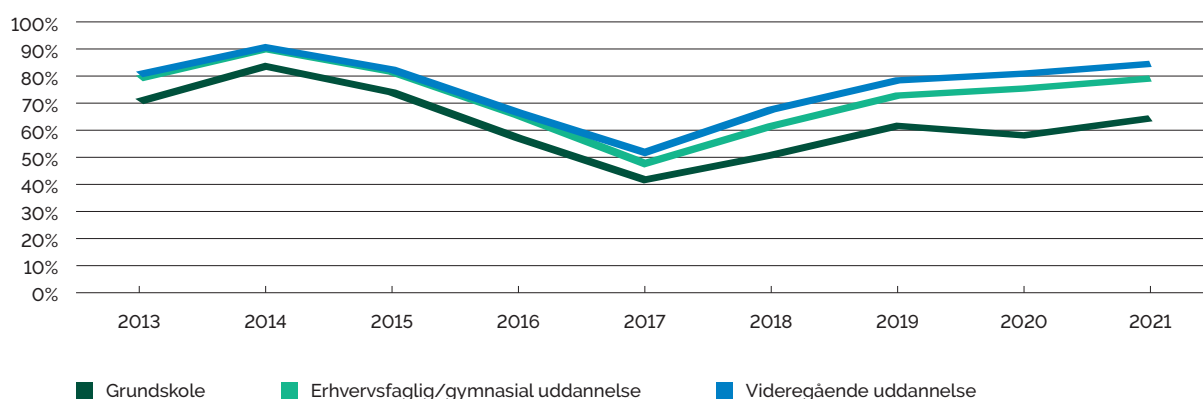
I 2021 er der blandt piger af forældre med grundskole 64 %, der er færdigvaccineret mod HPV. Det gælder henholdsvis 79 % og 85 % blandt piger af forældre med erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt drenge af forældre med grundskole 45 %, der er færdigvaccineret mod HPV. Det gælder henholdsvis 61 % og 69 % blandt drenge af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af børn, der er færdigvaccineret mod HPV, er statistisk signifikant i alle tre år blandt piger og i 2021 blandt drenge. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger og drenge, der er færdigvaccineret mod HPV, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af piger, der har er færdigvaccineret mod HPV, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 17 procentenheder blandt piger og 23 procentenheder blandt drenge i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021 blandt piger. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses for drenge grundet manglende data for hele perioden.

FIGUR 3.3.3

Andelen af piger, som er færdigvaccineret mod HPV, fordelt på forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses for drenge grundet manglende data for hele perioden.



Figur 3.3.3 viser sammenhængen mellem forældrenes længste igangværende eller fuldførte uddannelse og andelen af piger, der er færdigvaccineret mod HPV, i perioden 2013-2021. Som det fremgår af figuren, dykkede tilslutningen til HPV-vaccination fra 2014 frem til 2017, mens der ses en stigning i tilslutningen frem mod 2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af piger, der er færdigvaccineret mod HPV, i årene 2013 og 2017, mens der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der er færdigvaccineret mod HPV, både blandt piger og blandt drenge i 2021. Andelen af piger og drenge, der er færdigvaccineret mod HPV er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021 blandt piger. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses for drenge, fordi drenge først blev tilbudt HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet fra 2019.

3.4 Tandsundhed hos børn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 15-årige børn, der har god tandsundhed.

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af børn og unges sundhed, funktionsevne, livskvalitet og trivsel.^{28, 29} Sygdomme i tænder og mund kan medføre smerter eller ubehag, der kan have en negativ indflydelse på vigtige livsfunktioner og funktionsevnen, såsom fødeindtagelse³⁰ og sociale relationer.²⁸ Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe sin skole.²⁸

Alle børn og unge i Danmark bliver indtil de fylder 22 år tilbudt gratis børne- og ungdomstandpleje, som inkluderer forebyggende og behandlende tandpleje uden egen betaling. Tandplejen varetages kommunalt og er i høj grad skolebaseret og opsøgende. Dette har medvirket til at stort set alle børn og unge deltager i det kommunale tandplejetilbud.

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

TABEL 3.4

Andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	56,6		60.608	66,0		57.034	69,1		64.663	
PIGER	54,9		29.591	64,5		27.839	67,2		31.409	
Grundskole	34,9	0,33*	2.266	42,9	0,31*	1.700	47,4	0,34*	1.928	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	50,5	0,62*	12.900	59,0	0,59*	10.926	61,5	0,61*	10.545	
Videregående uddannelse	62,0	1 (ref.)	14.425	70,9	1 (ref.)	15.213	72,4	1 (ref.)	18.936	
SII**	29,8			29,9			27,7			0,01
DRENGE	58,1		31.017	67,5		29.195	70,8		33.254	
Grundskole	39,4	0,36*	2.302	47,6	0,33*	1.805	50,7	0,33*	2.024	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	54,1	0,65*	13.504	61,9	0,58*	11.334	66,0	0,63*	11.049	
Videregående uddannelse	64,5	1 (ref.)	15.211	73,6	1 (ref.)	16.056	75,5	1 (ref.)	20.181	
SII**	27,2			28,9			25,4			0,72

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.4 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen 15-årige, der har god tandsundhed, blandt piger og drenge i 2013, 2017 og 2021.

I 2021 er der blandt piger af forældre med grundskole 47%, der har god tandsundhed. Det gælder henholdsvis 62% og 72% blandt piger af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt drenge af

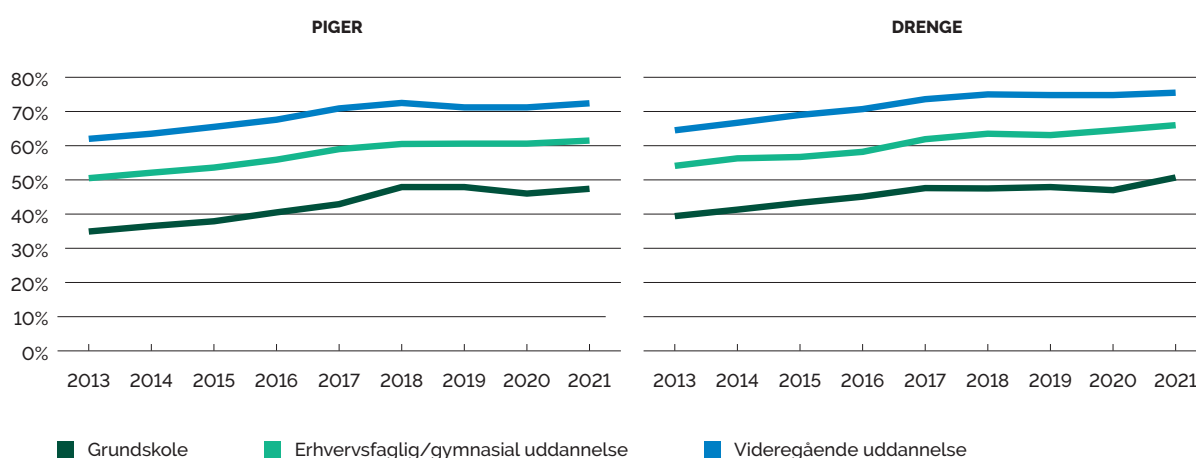
forældre med grundskole 51%, der har god tandsundhed. Det gælder henholdsvis 66 % og 76 % blandt drenge af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, er statistisk signifikant både blandt piger og blandt drenge i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der har god tandsundhed, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har god tandsundhed, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med længst og kortest igangværende eller fuldførte uddannelse (SII), er 28 procentenheder blandt piger og 25 procentenheder blandt drenge i 2021. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed blandt piger i perioden 2013-2021.

FIGUR 3.4

Andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.4 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af piger og drenge, der har god tandsundhed i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, både blandt piger og blandt drenge i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af 15-årige, der har god tandsundhed, er højere med forældrenes længere igangværende eller fuldførte uddannelse. Blandt piger ses der en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed i perioden blandt drenge.

3.5 Overvægt blandt skolebørn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af børn med overvægt blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Overvægt og svær overvægt kan være indgribende i børn og unges liv særligt grundet negative psykosociale konsekvenser. Børn og unge med overvægt eller svær overvægt har forøget risiko for blandt andet mobning, social isolation, depression og stigmatisering.³¹ Helbredskonsekvenser af svær overvægt i form af for eksempel forhøjet blodtryk og type 2-diabetes kan allerede optræde i barn- og ungdommen,^{32, 33} og der er stor sandsynlighed for, at barnet fastholder overvægt og svær overvægt ind i ungdomslivet og videre ind i voksenlivet,³⁴ hvor den kan have betydelige helbredsproblemer som konsekvens.^{35, 36}

Indikatoren overvægt blandt børn er i denne rapport defineret på basis af besvarelserne på spørgsmål om vægt og højde fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018, 2022).³⁷ Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der er få børn med svær overvægt, og resultater herfor vises derfor ikke i denne rapport.

TABEL 3.5

Andelen af piger og drenge med overvægt fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.

	2014			2018			2022			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	8,9		4.190	10,7		3.271	11,9		5.302	
PIGER	8,5		2.118	10,3		1.601	10,5		2.608	
Lav	12,1	2,48*	321	16,9	3,19*	160	16,7	2,37*	222	
Mellem	10,1	1,95*	834	12,2	2,15*	633	11,9	1,59*	831	
Høj	5,5	1 (ref.)	747	6,1	1 (ref.)	592	7,9	1 (ref.)	1.189	
Ukendt	7,4	1,49	216	11,6	2,07*	216	11,7	1,57*	366	
SII**	-10,2			-14,4			-10,8			0,92
DRENGE	9,3		2.072	11,1		1.670	13,3		2.694	
Lav	16,0	2,67*	263	14,4	1,91*	167	18,6	1,90*	210	
Mellem	9,8	1,51*	693	12,6	1,56*	589	14,7	1,43*	831	
Høj	6,8	1 (ref.)	829	8,9	1 (ref.)	610	10,7	1 (ref.)	1.134	
Ukendt	9,4	1,46	287	10,9	1,29	304	14,5	1,42*	519	
SII**	-11,2			-8,8			-9,7			0,57

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.5 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge med overvægt i 2014, 2018 og 2022.

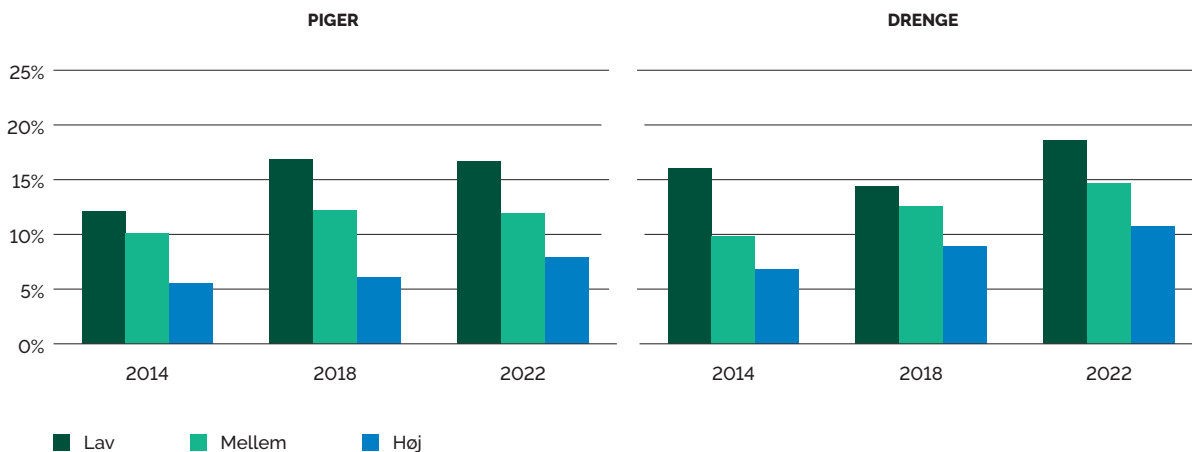
I 2022 er der blandt piger af forældre med lav socialgruppe 17% med overvægt. Det gælder henholdsvis 12% og 7,9% for piger af forældre med mellem og høj socialgruppe. I 2022 er der blandt drenge af forældre med lav socialgruppe 19% med overvægt. Det gælder henholdsvis 15% og 11% for drenge af forældre med mellem og høj socialgruppe.

Justeret for klassetrin er sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af børn med overvægt statistisk signifikant både blandt piger og blandt drenge i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn med overvægt er lavere med højere socialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn overvægt, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest socialgruppe (SII), er 11 procentenheder blandt piger og 9,7 procentenheder blandt drenge i 2022. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022..

FIGUR 3.5

Andelen af piger og drenge med overvægt, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.



Figur 3.5 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge med overvægt i 2014, 2018 og 2022.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen af børn med overvægt både blandt piger og blandt drenge i årene 2014, 2018 og 2022. Andelen af børn med overvægt er lavere med forældrenes højere socialgruppe. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

3.6 Ensomhed hos skolebørn

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

Ensomhed kan defineres som en subjektiv, uønsket følelse, der opstår, når ens sociale relationer ikke lever op til ens sociale behov.³⁸ Ensomhed er ikke det samme som at være alene eller socialt isoleret, og mange børn vil derfor lige så hyppigt møde ensomheden i samværet med andre, som når de er alene.³⁹

Langt de fleste børn vil føle sig ensomme på et tidspunkt i livet – for eksempel i forbindelse med et skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig uden for i klassen.⁴⁰ For de fleste børn vil følelsen være forbigående, men hos et betydeligt mindretal af børn kan følelsen blive vedvarende og have alvorlige konsekvenser for deres trivsel, sundhed og adfærd på kort og længere sigt.⁴¹ Et voksende antal studier peger for eksempel på, at vedvarende ensomhed igennem barndom og ungdom kan øge risikoen for lavt selvværd, nedsat søvnkvalitet, selvskadende adfærd, selvmordstanke, depression, angst, skolefravald, skolefravær og lavere karakterer.⁴²⁻⁴⁴

Indikatoren ensomhed er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for et spørgsmål herom i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018, 2022).³⁷ Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Der kan i denne rapport kun vises tal for 2014 og 2022. Det skyldes, at der i 2018 var få børn indenfor socialgrupperne (dvs. under 10), der følte sig ensomme, og derfor kan resultaterne ikke vises grundet persondatabeskyttelse.

TABEL 3.6

Andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014 og 2022.

	2014			2018			2022			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	7,2		4.506				9,0		5.404	
PIGER	8,8		2.306				12,3		2.733	
Lav	11,4	1,32	359				17,9	2,11*	240	
Mellem	7,7	0,82	897				12,6	1,34*	883	
Høj	9,3	1 (ref.)	799				9,8	1 (ref.)	1.230	
Ukendt	8,0	0,95	251				16,6	1,94*	380	
SII**	-1,6						-9,3			
DRENGE	5,5		2.200				5,5		2.671	
Lav	4,2	0,82	285				8,0	1,56	213	
Mellem	6,1	1,22	738				4,8	0,89	837	
Høj	5,1	1 (ref.)	863				5,4	1 (ref.)	1.140	
Ukendt	6,1	1,25	314				5,8	1,16	481	
SII**	-0,1						-1,2			

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.6 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, i 2014 og 2022.

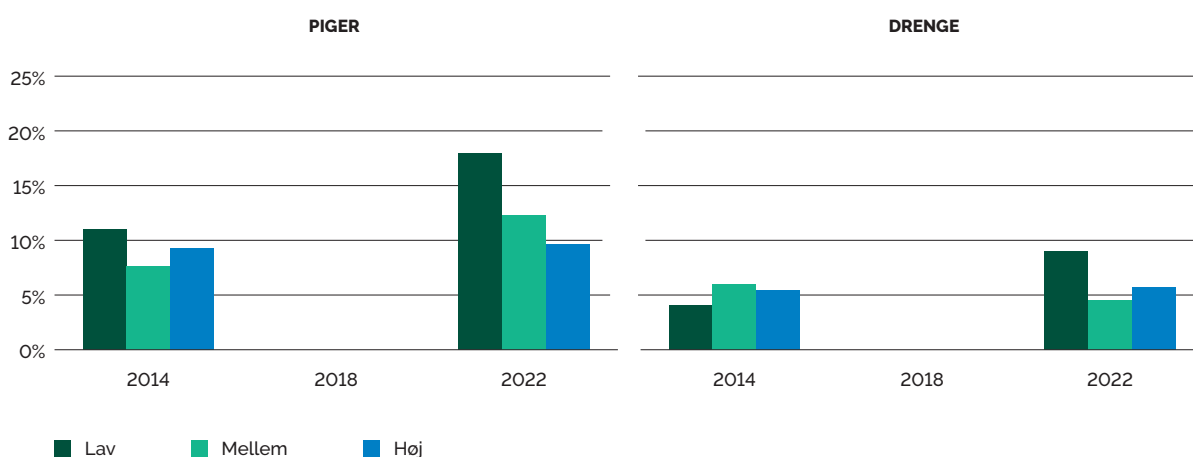
I 2022 er der blandt piger af forældre med lav socialgruppe 18%, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Det gælder henholdsvis 13% og 9,8% blandt piger af forældre med mellem og høj socialgruppe. I 2022 er der blandt drenge af forældre med lav socialgruppe 8,0%, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Det gælder henholdsvis 4,8 og 5,4% blandt drenge af forældre med mellem og høj socialgruppe.

Justeret for barnets klassestrin er sammenhæng mellem forældrenes socialgruppe og andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, statistisk signifikant blandt piger i 2022, men ikke i 2014. Der ses ikke en sammenhæng mellem forældres socialgruppe og andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, blandt drenge. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er højere med lavere socialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest socialgruppe (SII), er 9,3 procentenheder blandt piger i 2022. Ændring i social ulighed i perioden 2014-2022 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

FIGUR 3.6

Andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, fordelt på forældrenes socialgruppe, i 2014 og 2022.



Figur 3.6 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme i 2014 og 2022.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, blandt piger i 2022. Andelen af piger, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er højere med forældrenes lavere socialgruppe. Der ses ikke en social ulighed i andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, blandt drenge. Ændring i social ulighed i perioden 2014-2022 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

3.7 Livstilfredshed

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

Almen livstilfredshed er et mål for, hvordan en person vurderer sit liv som helhed, og det antages, at være stabilt over længere tid hos personen i modsætning til følelser, som er afhængige af umiddelbare oplevelser.⁴⁵ Indikatorer for subjektivt velbefindende, såsom livstilfredshed, anbefales som vigtige mål for et samfunds fremskridt på linje med mål for fysisk helbred og økonomi.⁴⁶ Hos børn og unge, som gennemgår store biologiske, psykologiske og sociale forandringer, giver måling af livstilfredshed vigtig information om andre forhold end direkte helbredsmål som symptomer og kroniske sygdomme.^{47, 48} Lav livstilfredshed har sammenhæng med problematiske relationer i familien, forhold i skolen og mobning, ligesom det har sammenhæng med emotionelle problemer (f.eks. ensomhed) og risikoadfærd (f.eks. brug af rusmidler).^{49, 50} Hos skolebørn er det velkendt, at vurderingen af éns eget liv er lavere blandt piger end blandt drenge. Livstilfredsheden falder betydeligt gennem teenageårene, og faldet er større hos pigerne end hos drengene.⁴⁸

Indikatoren lav livstilfredshed er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for et spørgsmål herom i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018, 2022).³⁷ Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.7

Andelen af piger og drenge, der oplever lav livstilfredshed, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.

	2014			2018			2022			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	11,4		4.522	11,3		3.641	14,1		5.767	
PIGER	15,4		2.310	15,4		1.821	19,7		2.888	
Lav	19,8	1,69*	358	20,1	1,78*	189	28,4	1,93*	250	
Mellem	14,6	1,13	897	16,5	1,44*	709	19,1	1,10	913	
Høj	13,3	1 (ref.)	799	12,3	1 (ref.)	652	17,7	1 (ref.)	1.280	
Ukendt	18,4	1,61*	256	16,6	1,51*	271	21,8	1,36*	445	
SII**	-8,2			-10,2			-9,5			0,58
DRENGE	7,2		2.212	7,1		1.820	8,5		2.879	
Lav	6,0	0,80	285	9,2	1,81	185	10,0	1,33	229	
Mellem	7,2	0,99	736	7,5	1,45	638	7,4	0,94	875	
Høj	7,3	1 (ref.)	864	5,3	1 (ref.)	639	8,0	1 (ref.)	1.186	
Ukendt	8,0	1,10	327	8,7	1,71*	358	10,4	1,44*	589	
SII**	1,4			-5,1			-1,1			0,75

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.7 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge, der oplever lav livstilfredshed, i 2014, 2018 og 2022.

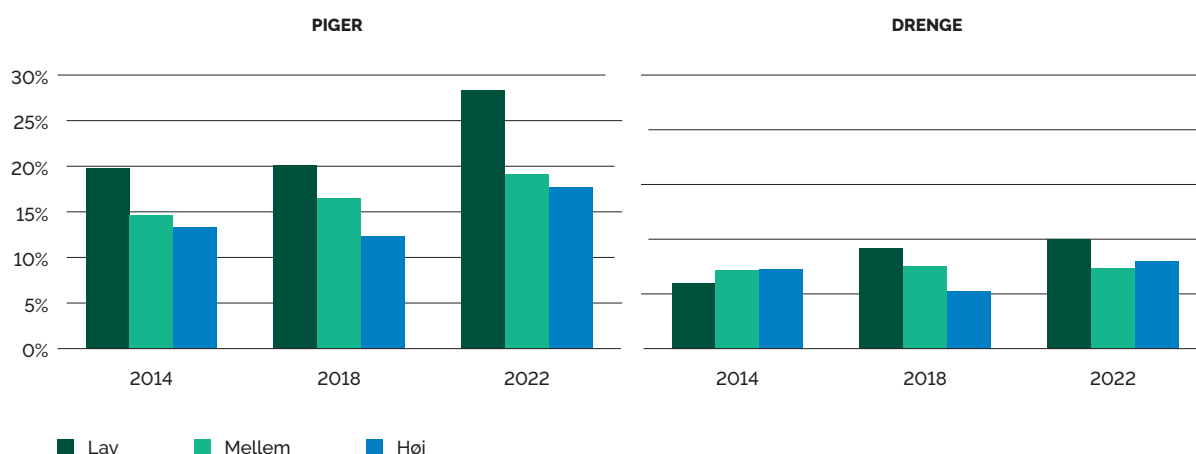
I 2022 er der blandt piger af forældre med lav socialgruppe 28 %, der oplever lav livstilfredshed. Det gælder henholdsvis 19 % og 18 % blandt piger af forældre med mellem og høj socialgruppe. I 2022 er der blandt drenge af forældre med lav socialgruppe 10 %, der oplever lav livstilfredshed. Det gælder henholdsvis 7,4 % og 8,0 % blandt drenge af forældre med mellem og høj socialgruppe.

Justeret for barnets klassestrin er sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen, der oplever lav livstilfredshed, statistisk signifikant blandt piger i alle tre år. Der ses ikke en sammenhæng mellem forældres socialgruppe og andelen, der oplever lav livstilfredshed, blandt drenge. Blandt pigerne ses der en social gradient, hvor andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med højere socialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav livstilfredshed, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest socialgruppe (SII), er 9,5 procentenheder blandt piger. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

FIGUR 3.7

Andelen af piger og drenge, der oplever lav livstilfredshed, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.



Figur 3.7 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge, der oplever lav livstilfredshed, i 2014, 2018 og 2022.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed, blandt piger i årene 2014, 2018 og 2022. Andelen af piger, der oplever lav livstilfredshed, er lavere med forældrenes højere socialgruppe. Der ses ikke en social ulighed i andelen, der oplever lav livstilfredshed, blandt drenge. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

3.8 Selvformåen blandt skolebørn

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af børn, der oplever lav selvformåen, blandt elever i 5., 7. og 9. klasse (11-, 13- og 15-årige).

Selvformåen er et begreb, som stammer fra den sociale kognitive teori udviklet af Bandura (1995).⁵¹ På engelsk bruges begrebet "self-efficacy", som blev anvendt i 2020-udgaven af denne rapport. Selvformåen er en persons egen vurdering af, hvor godt han eller hun er i stand til at planlægge og gennemføre en handling, som er nødvendig for at udføre en bestemt opgave. En persons tro på sin egen formåen udvikles gennem erfaringer af egne indsatser og anstrengelser. En person med høj selvformåen tør give sig i kast med mere udfordrende opgaver.^{51, 52}

Børn og unge, der har lav selvformåen, er i større risiko for at udvikle symptomer på stress, angst og depression end børn, der har høj selvformåen.^{12, 13} Selvformåen er derfor en vigtig indikator for mental sundhed blandt børn og unge.

Indikatoren selvformåen er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for et spørgsmål herom i Skolebørnsundersøgelsen, HBSC (2014, 2018, 2022).³⁷ Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 3.8

Andelen af piger og drenge, der oplever lav selvformåen, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.

	2014			2018			2022			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	13,9		4.017	11,5		3.020	16,9		5.227	
PIGER	17,2		2.082	12,9		1.546	21,8		2.641	
Lav	28,2	2,84*	319	18,4	2,12*	163	31,4	1,97*	229	
Mellem	16,8	1,48*	827	14,0	1,55*	622	21,1	1,15	858	
Høj	12,0	1 (ref.)	751	9,6	1 (ref.)	564	18,8	1 (ref.)	1.195	
Ukendt	21,1	1,87*	185	14,7	1,68*	197	27,3	1,63*	359	
<i>SII**</i>	-19,0			-11,3			-11,1			0,32
DRENGE	10,3		1.935	10,0		1.474	11,9		2.586	
Lav	11,7	1,83*	256	17,8	3,10*	146	15,3	1,41	203	
Mellem	11,7	1,86*	664	10,6	1,71*	549	10,3	0,90	809	
Høj	6,6	1 (ref.)	799	6,4	1 (ref.)	544	11,0	1 (ref.)	1.114	
Ukendt	18,1	2,93*	216	11,9	1,86*	235	15,7	1,40*	460	
<i>SII**</i>	-8,9			-12,6			-1,4			0,55

§ OR er justeret for klassetrin.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 3.8 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af piger og drenge, der oplever lav selvformåen, i 2014, 2018 og 2022.

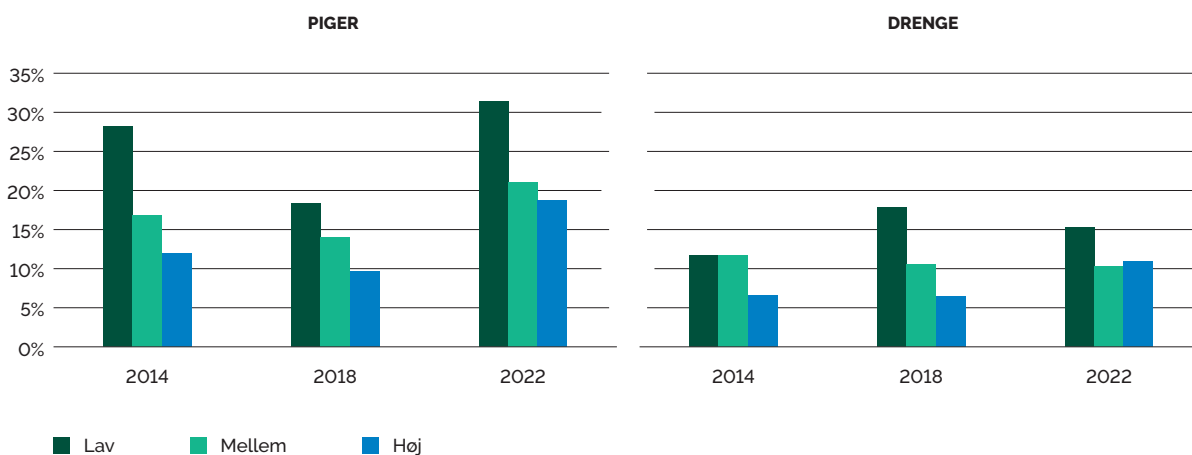
I 2022 er der blandt piger af forældre med lav socialgruppe 31%, der oplever lav selvformåen. Det gælder henholdsvis 21% og 19% blandt piger af forældre med mellem og høj socialgruppe. I 2022 er der blandt drenge af forældre med lav socialgruppe 15%, der oplever lav selvformåen. Det gælder henholdsvis 10% og 11% blandt drenge af forældre med mellem og høj socialgruppe.

Justeret for barnets klassetrin er sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af børn, der oplever lav selvformåen, statistisk signifikant blandt piger i alle tre år og blandt drenge i 2014 og 2018. Der ses en social gradient, hvor andelen af piger og drenge, der oplever lav selvformåen, er lavere med højere socialgruppe.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der oplever lav selvformåen, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med højest og lavest socialgruppe (SII), er 11 procentenheder blandt piger i 2022. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

FIGUR 3.8

Andelen af piger og drenge, der oplever lav selvformåen, fordelt på forældrenes socialgruppe i 2014, 2018 og 2022.



Figur 3.8 viser sammenhængen mellem forældrenes socialgruppe og andelen af børn, der oplever lav selvformåen, i 2014, 2018 og 2022.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav selvformåen, blandt piger i årene 2014, 2018 og 2022 og blandt drenge i årene 2014 og 2018. Andelen, der oplever lav selvformåen, er lavere med forældrenes højere socialgruppe. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2014-2022.

3.9 Børnefattigdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen.

En barndom præget af opvækst i fattigdom kan medføre en række negative konsekvenser i det senere voksenliv. Forskning baseret på danske registerdata har vist, at en opvækst i fattigdom blandt andet kan medføre en øget risiko for dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, lavere løn, kortere uddannelse, reduceret sandsynlighed for at blive gift eller være samboende og reduceret sandsynlighed for at have fået børn ved 30-års-alderen.⁵³ Børnefattigdom har ligeledes umiddelbare konsekvenser i form af øget risiko for ikke at blive ammet og overvægt og for mentale sundhedsproblemer i barndommen¹⁶⁻¹⁸ og for både mentale og fysiske helbredsproblemer i det senere voksenliv.^{14, 19}

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

TABEL 3.9

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i 2001 og 2021.

	2001			2021			Δ FATTIGDOM (+/-)	Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)		
ALLE	4,3		1.042.419	6,2		996.051	1,9	
Grundskole	10,1	3,88*	119.386	33,3	14,12*	53.842	23,2	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,1	1,49*	489.497	7,6	2,32*	274.584	3,5	
Videregående uddannelse	2,8	1 (ref.)	433.536	3,4	1 (ref.)	667.625	0,6	
<i>SII**</i>	<i>-6,8</i>			<i>-19,8</i>				<i>< 0,01</i>

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Δ Fattigdom er ændringen i fattigdom, angivet ved procentpoint, i perioden 2001 til 2021.

Tabel 3.9 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, i 2001 og 2021.

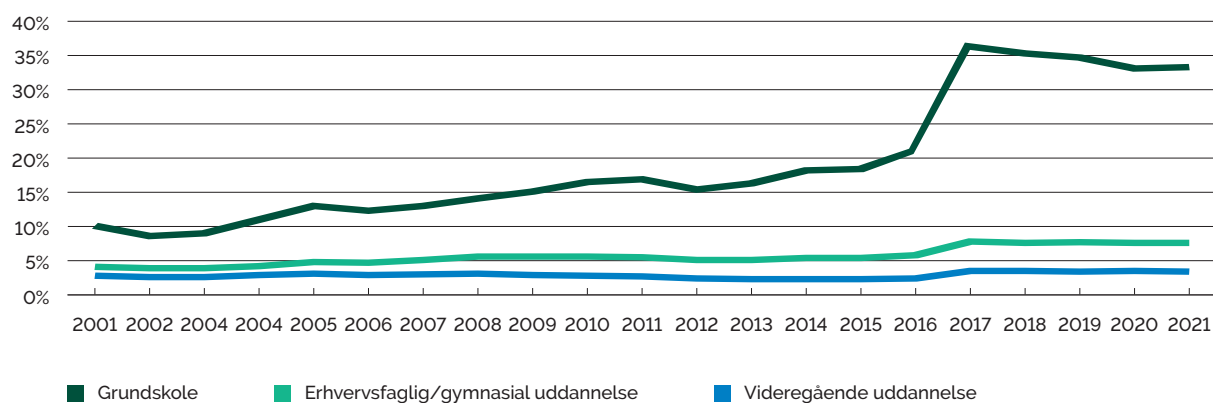
I 2021 er der blandt børn af forældre med grundskole 33%, der lever under fattigdomsgrænsen. Det gælder henholdsvis 7,6% og 3,4% blandt børn af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er statistisk signifikant i begge år. Der ses en social gradient, hvor andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, beregnet som forskellen mellem børn af forældre med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 20 procentenheder i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

FIGUR 3.9

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i perioden 2001-2021.



Figur 3.9 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, i perioden 2001-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, i årene 2001 og 2021. Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

3.10 Unges uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af personer på 25 år, der har gennemført en ungdomsuddannelse. I afsnittet belyses også andelen, der er tilknyttet arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive ud af personer på 25 år, som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse.

Uddannelse har stor betydning for at blive en del af samfundet, idet det modvirker arbejdsløshed og lav indkomst. Samtidig er uddannelse en vigtig faktor for et godt helbred, lavere dødelighed og en høj livskvalitet.^{14, 15, 19} Uddannelse påvirker ikke kun den enkeltes arbejdsmarkedsmuligheder, men er også vigtigt for samfundsøkonomien. I Danmark findes to hovedgrupper af ungdomsuddannelser – erhvervsuddannelser og gymnasiale uddannelser – som begge giver adgang til videregående uddannelse. En erhvervsuddannelse giver desuden adgang til arbejdsmarkedet som faglært.

Ungdommen er en særlig vigtig periode i livet, som skaber fundamentet for senere helbred og livsomstændigheder,⁵⁴ og det er også her, at valget om en ungdomsuddannelse træffes. Selvom mange faktorer spiller ind på valget om en ungdomsuddannelse, ser det ud til, at særligt forældres uddannelse har stor betydning for, hvem der får en ungdomsuddannelse.^{54, 55} Blandt unge, som ikke har en ungdomsuddannelse, er nogle tilknyttet arbejdsmarkedet eller er studieaktive, mens en gruppe hverken er aktive på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet.⁵⁶

Indikatorerne, der beskriver andelen, der har gennemført ungdomsuddannelse, og andelen, der er tilknyttet arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive ud af personer på 25 år uden ungdomsuddannelse, er i denne rapport defineret på basis af information fra Uddannelsesregistret og Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

3.10.1 Ungdomsuddannelse

Tabel 3.10.1 Andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i 2013, 2017 og 2021.

TABEL 3.10.1

Andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	74,6		60.863	79,2		69.142	81,5		69.265	
PIGER	78,3		29.513	82,6		33.536	85,0		33.685	
Grundskole	55,3	0,19*	3.365	60,9	0,19*	3.070	61,6	0,16*	2.596	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	75,9	0,47*	13.570	80,5	0,50*	15.379	82,4	0,45*	14.793	
Videregående uddannelse	86,9	1 (ref.)	12.578	89,2	1 (ref.)	15.087	91,1	1 (ref.)	16.296	
<i>SII**</i>	<i>34,8</i>			<i>27,9</i>			<i>27,5</i>			< 0,01
DRENGE	71,2		31.350	75,9		35.606	78,2		35.580	
Grundskole	44,1	0,18*	3.658	47,6	0,16*	3.272	49,5	0,16*	2.800	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	68,7	0,50*	14.405	72,8	0,48*	16.429	74,9	0,49*	15.568	
Videregående uddannelse	81,5	1 (ref.)	13.287	84,9	1 (ref.)	15.905	85,9	1 (ref.)	17.212	
<i>SII**</i>	<i>41,1</i>			<i>37,5</i>			<i>34,4</i>			< 0,01

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.10.1 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, blandt kvinder og mænd i 2013, 2017 og 2021.

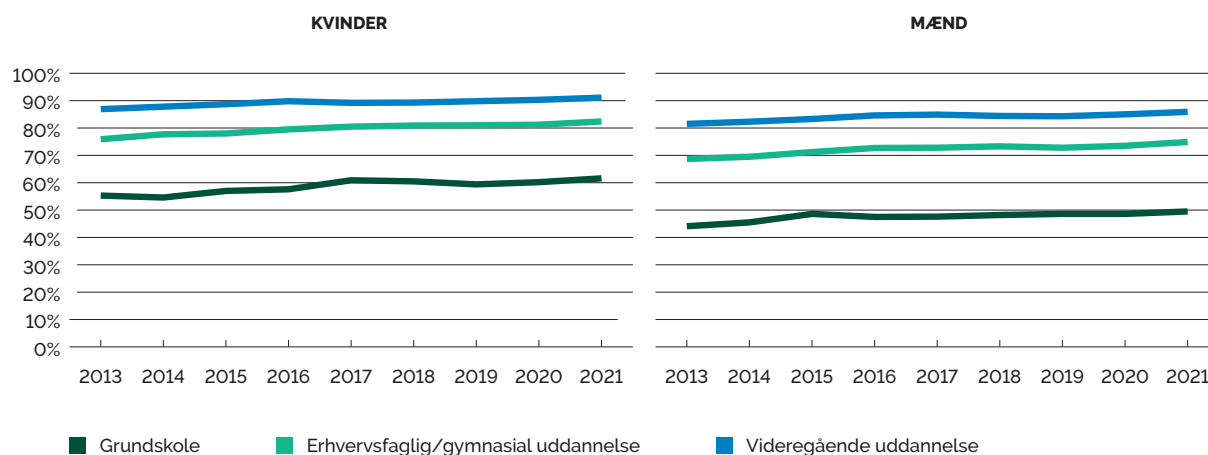
I 2021 er der blandt kvinder på 25 år af forældre med grundskole 62 %, der har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder henholdsvis 82 % og 91 % blandt kvinder på 25 år af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd på 25 år af forældre med grundskole 50 %, der har gennemført en ungdomsuddannelse. Det gælder henholdsvis 75 % og 86 % blandt mænd på 25 år af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 28 procentenheder for kvinder og 34 procentenheder for mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed for perioden 2013-2021.

FIGUR 3.10.1

Andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i perioden 2013-2021.



Figur 3.10.1 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, blandt kvinder og mænd i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den social ulighed i perioden 2013-2021.

3.10.2 Arbejdsmarkedstilknytning

TABEL 3.10.2

Andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt kvinder og mænd, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	%	OR	N (total)	
ALLE	66,6		15.433	63,1		14.405	66,3		12.792	
PIGER	61,6		6.416	58,2		5.822	61,5		5.046	
Grundskole	53,2	0,60*	1.505	50,8	0,66*	1.199	55,6	0,70*	998	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	63,5	0,92	3.268	59,7	0,95	2.993	62,3	0,92	2.605	
Videregående uddannelse	65,4	1 (ref.)	1.643	60,9	1 (ref.)	1.630	64,3	1 (ref.)	1.443	
SII**	15,8			12,3			10,6			0,36
DRENGE	70,1		9.017	66,4		8.583	69,3		7.746	
Grundskole	65,2	0,77*	2.045	61,4	0,88	1.713	66,1	0,85*	1.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	71,8	1,04	4.511	69,4	1,27*	4.461	70,4	1,04	3.909	
Videregående uddannelse	71,0	1 (ref.)	2.461	64,2	1 (ref.)	2.409	69,5	1 (ref.)	2.423	
SII**	7,1			1,7			3,3			0,99

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 3.10.2 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt kvinder og mænd, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, i 2013, 2017 og 2021.

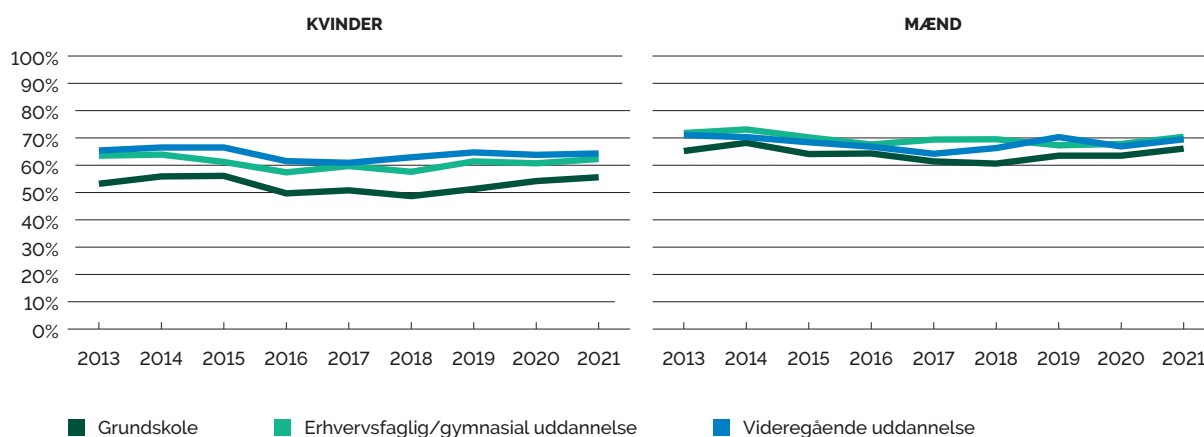
I 2021 er der blandt kvinder på 25 år, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse og har forældre med grundskole, 56 %, som har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive. Det gælder henholdsvis 62 % og 64 % blandt kvinder på 25 år, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse og har forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd på 25 år, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse og har forældre med grundskole, er der 66 %, som har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive. Det gælder 70 % blandt mænd på 25 år, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse og har forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er statistisk signifikant blandt kvinder i alle tre år og blandt mænd i 2013 og 2021. Der ses en social gradient, hvor andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 11 procentenheder for kvinder og 3,3 procentenheder for mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed for perioden 2013-2021.

FIGUR 3.10.2

Andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt kvinder og mænd, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 3.10.2 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt kvinder og mænd, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, både blandt kvinder i årene 2013, 2017 og 2021 og blandt mænd i årene 2013 og 2021. Andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er højere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

3.11 Stofbrug

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år.

I ungdomsårene eksperimenterer nogle unge med hash, og enkelte forsøger sig også med andre stoffer, såsom amfetamin, kokain og ecstasy. For de fleste er der tale om et ungdomsfænomen, og de færreste fortsætter brugen ind i voksenlivet.⁵⁷ Befolkningsundersøgelser viser således, at det eksperimenterende brug af stoffer er mest udbredt i aldersgruppen 16-19 år, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-årsalderen. For nogle unge kan brugen af stoffer have alvorlige akutte konsekvenser, herunder forgiftninger, ulykker og psykotiske symptomer. Et mere regelmæssigt brug af stoffer kan føre til misbrug og afhængighed, ligesom regelmæssigt brug kan føre til varige psykiske og fysiske lidelser.²⁰ Hash er langt det mest udbredte euforiserende stof blandt unge, og næsten alle, der har prøvet andre stoffer end hash, har også prøvet hash.^{20, 57, 58}

Indikatoren stofbrug er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for et spørgsmål herom i spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1. Stofbrug er vist for kvinder og mænd samlet, idet der er så lavt et antal, der har taget stoffer det seneste år, at resultaterne ikke vises opdelt på køn grundet persondatabeskyttelse. Der kan i denne rapport desuden kun vises tal for 2013 og 2017. Det skyldes, at der i 2021 var få personer indenfor uddannelsesgrupperne (dvs. under 10), der har taget stoffer inden for det seneste år, også selvom vi slår kvinder og mænd sammen, og derfor kan resultaterne ikke vises grundet persondatabeskyttelse.

TABEL 3.11

Andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i 2013 og 2017.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	26,4		1.571	24,1		1.316	16,4		980	
Grundskole	21,3	0,64	96	30,3	1,28	75				
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,2	0,69*	632	22,0	0,84	515				
Videregående uddannelse	29,6	1 (ref.)	843	24,9	1 (ref.)	726				
<i>SII**</i>	<i>11,0</i>			<i>4,6</i>						

§ OR er justeret for køn.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for køn. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

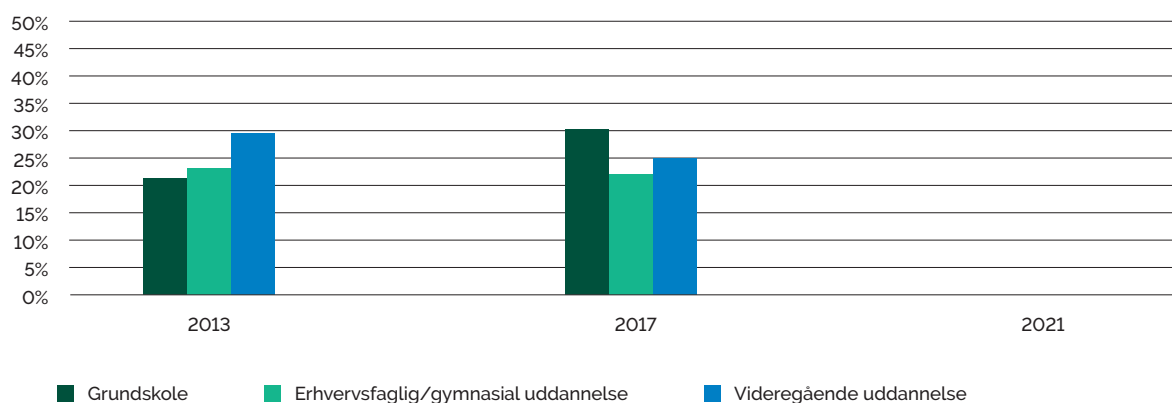
Tabel 3.11 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, i 2013 og 2017.

I 2017 er der blandt personer på 16-24 år af forældre med grundskole 30 %, der har taget stoffer inden for det seneste år. Det gælder henholdsvis 22 % og 25 % blandt personer på 16-24 år af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for køn er sammenhæng mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, ikke statistisk signifikant i 2013 og 2017. Der er dermed ingen social ulighed i andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år.

FIGUR 3.11

Andelen af personer, der har taget stoffer inden for det seneste år, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse i 2013 og 2017.



Figur 3.11 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, i 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i andelen af personer på 16-24 år, der har taget stoffer inden for det seneste år, i årene 2013 og 2017.

Opsummering

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

Vi har i kapitlet beskrevet en række indikatorer, som knytter sig til barnets fødsel og de første leveår. Blandt børn af mødre med grundskole, er der en højere andel, der fødes før uge 37, en højere andel, der fødes små i forhold til gestationsalder, samt en lavere andel der ammes fuldt i mindst fire måneder, end blandt børn af mødre med videregående uddannelse. I perioden fra 2013-2021 er der ikke sket en ændring i den sociale ulighed i andelen af børn, der fødes før uge 37, andelen af børn der fødes små i forhold til gestationsalder og andelen af børn, der fuldammes i mindst fire måneder.

Derudover ses det, at der blandt børn af forældre med grundskole er en lavere andel, som gennemfører DiTeKiPol/Hib-, MFR- og HPV-børnevaccinationsprogrammerne, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse i årene 2013, 2017 og 2021. Der ses en stigning i den sociale ulighed i andelen, der gennemfører HPV-børnevaccinationsprogrammet (kun piger), i perioden 2013-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i gennemførelsen af DiTeKiPol/Hib- og MFR-børnevaccinationsprogrammerne i perioden. Blandt børn af forældre med grundskole eller lav socialgruppe er der en lavere andel med god tandsundhed og en højere andel med overvægt, end blandt børn af forældre med videregående uddannelse eller høj socialgruppe. Den sociale ulighed i tandsundhed er steget blandt piger i perioden 2013-2021, mens der blandt drenge ikke er sket nogen ændring i den sociale ulighed i perioden.

Vi har i dette kapitel også beskrevet social ulighed i forhold til mental sundhed blandt skolebørn. Resultaterne viser, at der blandt piger af forældre med lav socialgruppe er en højere andel i 2022, der ofte føler sig ensomme, end blandt piger af forældre med høj socialgruppe. Denne sammenhæng findes ikke blandt drengene. Resultaterne viser også, at der blandt piger af forældre med lav socialgruppe er en højere andel, der har lav livstilfredshed, end blandt piger af forældre med høj socialgruppe. Denne sammenhæng findes ikke blandt drengene. Både blandt piger og blandt drenge gælder det, at der er en højere andel af børn af forældre med lav socialgruppe, der har lav selvformåen, end blandt børn af forældre med høj socialgruppe.

Når vi beskriver andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, ses en høj grad af social ulighed i årene 2001 og 2021, hvor en større andel af børn af forældre med grundskole lever under fattigdomsgrænsen sammenlignet med børn af forældre med videregående uddannelse. Der er i perioden 2001-2021 sket en stigning i den sociale ulighed.

I forhold til ungdomsårene har vi beskrevet, at der blandt 25-årige af forældre med grundskole er en lavere andel, der gennemfører en ungdomsuddannelse, end blandt 25-årige af forældre med videregående uddannelse. Desuden viser resultaterne, at andelen af 25-årige, der har tilknytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er lavere blandt 25-årige af forældre med grundskole end blandt 25-årige af forældre med videregående uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i andelen af 25-årige, der gennemfører en ungdomsuddannelse, i perioden 2013-2021, mens der ikke ses en ændring i den sociale ulighed i andelen af 25-årige, der er tilknyttet arbejdsmarkedet eller er studieaktive, blandt personer, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse. Der ses ingen social ulighed i andelen af personer på 16-24 år, der har brugt stoffer inden for det seneste år, i årene 2013 og 2017, mens for få personer i 2021 har angivet at have taget stoffer det seneste år, til at vi kan vise resultaterne for dette år.

Referencer

1. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
2. Ottoson MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Laustsen M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. København: VIVE; 2018.
3. Simeoni U, Armengaud JB, Siddeek B, Tolsa JF. Perinatal Origins of Adult Disease. *Neonatology*. 2018;113(4):393-9.
4. Huxley RR, Shiell AW, Law CM. The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. *J Hypertens*. 2000;18(7):815-31.
5. Levy-Marchal C, Jaquet D. Long-term metabolic consequences of being born small for gestational age. *Pediatr Diabetes*. 2004;5(3):147-53.
6. Ovesen P, Frederiksen M, Kanstrup C, Lauenborg J, Kjærbye-Thygesen A, Kirkegaard I, et al. Foetus Magnus Suspicio (DO366). Sandbjerg 2018. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi; 2018 [Citeret 3. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dsog.dk/obstetrik>.
7. Bharadwaj P, Lundborg P, Rooth D-O. Birth Weight in the Long Run. *J Hum Resour*. 2018;53(1):189-231.
8. Al Mamun A, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM, Callaway L, McIntyre HD. Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta Diabetol*. 2015;52(5):837-44.
9. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):30-7.
10. Horta BL, Rollins N, Dias MS, Garcez V, Pérez-Escamilla R. Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatr*. 2023;112(1):34-41.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
12. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Pers Individ Dif*. 2002;32:337-48.
13. Tahmassian K, Jalali Moghadam N. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2011;5(2):91-8.
14. Lee H, Slack KS, Berger LM, Mather RS, Murray RK. Childhood Poverty, Adverse Childhood Experiences, and Adult Health Outcomes. *Health Soc Work*. 2021;46(3):159-70.
15. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81.

16. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Laustsen M, Rayce SB, Tagmose BB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022. København; 2022.
17. Pryor L, Strandberg-Larsen K, Nybo-Anderson A-M, Rod N, Melchior M. Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Soc Sci Med*. 2018;220:371-78.
18. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2017;2(3):e141-e8.
19. Wise PH. Child Poverty and the Promise of Human Capacity: Childhood as a Foundation for Healthy Aging. *Acad Pediatr*. 2016;16(3 Suppl):S37-45.
20. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser. Narkotikasituationen i Danmark 2023 - Delrapport 4. København: Sundhedsstyrelsen; 2023.
21. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-72.
22. Pommerencke LM, Carlsson RR, Jørgensen SE, Pedersen TP. Tidligt fødte børns udvikling, trivsel og sundhed ved ind- og udskolingsundersøgelsen. Temarapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed. København; 2024.
23. Sundhedsstyrelsen. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen; 2023.
24. Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning. Sunde børn - Til forældre med børn i alderen 0-2 år. København: Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning; 2021.
25. Sundhedsstyrelsen; Lægemiddelstyrelsen; Statens Serum Institut. Børnevaccinationsprogrammet 2023 - Årsrapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
26. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet. Sundhedsstyrelsen; 2024 [Citeret 3. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Vaccination-af-boern/Boernevaccinationsprogrammet>.
27. Suppli CH, Hansen ND, Rasmussen M, Valentiner-Branth P, Krause TG, Molbak K. Decline in HPV-vaccination uptake in Denmark - the association between HPV-related media coverage and HPV-vaccination. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1360.
28. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:126.
29. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-7.
30. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. *J acad nutr diet*. 2013;113(5):693-701.
31. Rankin J, Matthews L, Cogley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;7:125-46.
32. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33 Suppl 1:S60-5.

33. Bendor CD, Bardugo A, Pinhas-Hamiel O, Afek A, Twig G. Cardiovascular morbidity, diabetes and cancer risk among children and adolescents with severe obesity. *Cardiovasc Diabetol.* 2020;19(1):79.
34. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95-107.
35. Horesh A, Tsur AM, Bardugo A, Twig G. Adolescent and Childhood Obesity and Excess Morbidity and Mortality in Young Adulthood—a Systematic Review. *Curr Obes Rep.* 2021;10(3):301-10.
36. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond).* 2011;35(7):891-8.
37. Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, Holstein BE, Kristoffersen MJ, Pedersen TP, et al. *Skolebørnsundersøgelsen 2022.* København; 2023.
38. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(6):695-718.
39. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In: Perlman D, Vangelisti A, editors. *The Cambridge handbook of personal relationships* Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 485-500.
40. Lerstrup Pedersen K, Rich Madsen K. *Ensom men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed.* København: Ventilen Danmark; 2014. 197 sider p.
41. Eccles AM, Qualter P, Madsen KR, Holstein BE. Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scand J Public Health.* 2020;1403494819865429.
42. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc.* 2013;36(6):1295-304.
43. Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(6):493-501.
44. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *J Adolesc.* 2013;36(6):1283-93.
45. Wimmelmann CL, Flensburg-Madsen T, Folker AP. Livskvalitet. In: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. *Forebyggende Sundhedsarbejde.* 7. udgave ed. København: Munksgaard; 2021.
46. Landes X. Building happiness indicators: Some philosophical and political issues. *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum.* 2015;10(2):4-37.
47. Cavallo F, Dalmaso P, Ottova-Jordan V, Brooks F, Mazur J, Valimaa R, et al. Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. *Eur J Public Health.* 2015;25 Suppl 2:80-2.
48. Due P, Eriksson C, Torsheim T, Potrebny T, Välimaa R, Suominen S, et al. Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research.* 2019;4(2):54-66.
49. Mahon C, Howard E, O'Reilly A, Dooley B, Fitzgerald A. A cluster analysis of health behaviours and their relationship to mental health difficulties, life satisfaction and functioning in adolescents. *Prev Med.* 2022;164:107332.

50. Proctor CL, Linley PA, Maltby J. Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*. 2009;10(5):583-630.
51. Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
52. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
53. Lesner RV. The long-term effect of childhood poverty. *Journal of Population Economics*. 2018;31(3):969-1004.
54. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55(5):469-80.
55. Danmarks Statistik. Fakta om uddannelser, studerende og dimittender. København: Danmarks Statistik; 2019 [Citeret 23. august 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2019/2019-03-11-fakta-om-uddannelser-studerende-og-dimittender>.
56. Børne- og Undervisningsministeriet. Uddannelsesmålsætninger. Børne- og Undervisningsministeriet 2024 [Citeret 23. August 2024]. Tilgængelig fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/202.aspx>.
57. Sundhedsstyrelsen. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge. Narkotikasituationen i Danmark 2024 - delrapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
58. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

4

Sundheds- adfærd og arbejdsmiljø



I dette kapitel beskrives en række indikatorer for sundhedsadfærd og arbejdsmiljø med stor betydning for helbredet. Sundhedsadfærd omhandler i denne rapport rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt og ophobning af risikofaktorer. Arbejdsmiljø omhandler indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver og fysisk anstrengende arbejde.

Daglig rygning har en stor betydning for en lang række kræftformer og hjertekarsygdomme. Da der ses en betydende ulighed i rygning, spiller rygning også en meget stor rolle i uligheden i sygdomsbyrden i det danske samfund.¹

I forhold til alkoholindtag har der længe været et mønster, hvor alkoholforbruget i Danmark var højere blandt personer med en lang uddannelse, og dette mønster findes stadig blandt ældre mænd og kvinder (personer på 65 år eller derover), mens der for de yngre aldersgrupper ikke ses nogen forskelle på tværs af uddannelseslængde.² Danske børn og unge har europæisk rekord, når det gælder fuldskabsorienteret druk, og de helbredsmæssige konsekvenser af dette er alvorligere for de unge, som har forældre med en kort uddannelse.³ Årsagerne til sårbarheden er ikke klarlagt, men studier har dog vist, at socialhjælp, psykisk lidelse og misbrug eller kriminalitet i hjemmet kan bidrage til den øgede sårbarhed for alkohol blandt dem, som har forældre med kort uddannelse.⁴ En sådan ulighed i sårbarhed og skadevirkninger af alkoholindtag er også påvist for voksnes alkoholforbrug.⁵

Svær overvægt er en betydelig risikofaktor for en række sygdomme såsom type 2-diabetes og hjertekarsygdomme.⁶ I Danmark ses der en stigende forekomst af personer med svær overvægt i perioden 1987-2021.⁷ Både forekomsten og den sociale ulighed i forekomsten af personer med svær overvægt øges i mange både rige og fattige lande.^{8, 9}

Der ses i nogle tilfælde en ophobning af risikofaktorer, der har relation til sundhedsadfærd, såsom rygning, alkohol, usunde kostvaner, svær overvægt og fysisk inaktivitet.² Der ses en social gradient i ophobningen af risikofaktorer, hvor personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse i højere grad har flere risikofaktorer samtidig sammenlignet med personer med længere uddannelser.^{2, 10} Det at have flere risikofaktorer samtidig øger risikoen for at udvikle hjertekarsygdom og kræft samt at dø tidligt.^{11, 12}

I forhold til arbejdsmiljø er der forskellige faktorer, som har betydning for helbredet og for uligheden. Der er blandt andet fysiske faktorer (f.eks. fysisk anstrengende arbejde) og faktorer i det psykosociale miljø (f.eks. lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver). Disse arbejdsmiljømæssige faktorer kan være bidragende til ulighed i sundhed, idet personer med kort uddannelse i højere grad indgår i belastende fysiske og psykosociale arbejdsmiljøer sammenlignet med personer med længere uddannelse.^{13, 14}

4.1 Daglig rygning

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt, blandt personer på 30 år eller derover.

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom.^{15,16} Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark.¹ Sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark årligt omkring 16.000 flere dødsfald blandt personer, der ryger, eller tidligere har røget.¹ Beregninger viser endvidere, at rygning sammen med alkohol kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark og næsten hele den stigning, der har været i uligheden siden 1985.¹⁷

Indikatoren daglig rygning er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	17,7		133.013	17,0		145.239	14,6		147.158	
KVINDER	16,2		71.267	15,7		77.884	13,2		80.259	
Grundskole	22,2	2,95*	18.223	21,7	3,44*	17.415	18,8	3,32*	16.052	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,7	1,90*	27.787	17,5	2,15*	30.855	15,4	2,17*	30.939	
Videregående uddannelse	10,5	1 (ref.)	25.257	9,4	1 (ref.)	29.614	8,1	1 (ref.)	33.268	
<i>SII**</i>	<i>-18,5</i>			<i>-20,4</i>			<i>-17,5</i>			<i>0,78</i>
MÆND	19,2		61.746	18,3		67.355	16,1		66.899	
Grundskole	28,3	3,51*	13.529	27,1	3,70*	13.792	26,2	4,21*	12.622	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	20,7	2,18*	29.599	19,5	2,22*	32.055	17,0	2,25*	31.467	
Videregående uddannelse	10,7	1 (ref.)	18.618	10,1	1 (ref.)	21.508	8,7	1 (ref.)	22.810	
<i>SII**</i>	<i>-20,4</i>			<i>-21,5</i>			<i>-20,6</i>			<i>0,91</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** Ulighed i andelen, der ryger dagligt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

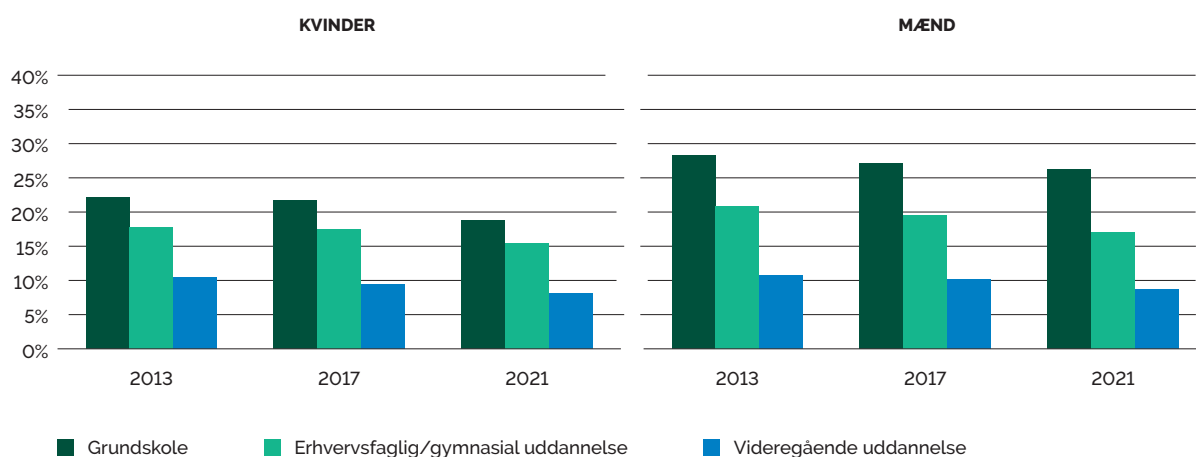
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 19 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 15 % og 8,1 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 26 %, der ryger dagligt. Det gælder henholdsvis 17 % og 8,7 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der ryger dagligt, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 21 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 4.1

Andelen, der ryger dagligt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 4.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der ryger dagligt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

4.2 Alkoholindtag

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed (binge drinking), blandt personer på 30 år eller derover. Sundhedsstyrelsen ændrede i 2022 anbefalingerne om alkoholindtag til maksimalt at drikke 10 genstande om ugen og højst at drikke 4 genstande på samme dag for både mænd og kvinder.¹⁸

Alkohol er helt eller delvist årsag til mere end 200 kroniske og akutte tilstande og sygdomme, som for eksempel forgiftning, alkoholafhængighed, leversygdomme og kræftsygdomme, især i øvre mave-tarm-kanal.¹⁹ Alkohol er årsag til ca. 2.500 dødsfald årligt i Danmark.¹ De fleste alkoholrelaterede dødsfald ses hos personer, der har et højt alkoholindtag. Herudover er et stort alkoholforbrug årsag til større risiko for arbejdsløshed.²⁰ Alkohol er fortsat en af de væsentligste risikofaktorer for sygdom og for tidlig død både globalt og nationalt.²¹

Indikatoren alkoholindtag er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Alkoholindtag bliver i rapporten beskrevet ved andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og andelen, der drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1

4.2.1 Højrisikogrænse for alkoholindtagelse

TABEL 4.2.1

Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	19,3		127.547	17,1		140.993	15,7		142.147	
KVINDER	10,5		68.072	8,7		75.531	8,3		77.576	
Grundskole	9,1	0,58*	16.591	7,9	0,60*	16.504	7,7	0,58*	15.117	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,6	0,81*	26.764	8,7	0,77*	29.934	8,2	0,75*	29.940	
Videregående uddannelse	11,3	1 (ref.)	24.717	9,4	1 (ref.)	29.093	8,7	1 (ref.)	32.519	
SII**	7,5			6,7			7,0			0,54
MÆND	28,4		59.475	25,8		65.462	23,5		64.571	
Grundskole	25,2	0,70*	12.650	23,8	0,73*	13.188	21,9	0,74*	11.946	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	28,9	0,89*	28.598	26,2	0,89*	31.178	24,2	0,90*	30.340	
Videregående uddannelse	29,6	1 (ref.)	18.227	26,7	1 (ref.)	21.096	23,5	1 (ref.)	22.285	
SII**	13,0			10,6			10,1			0,23

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

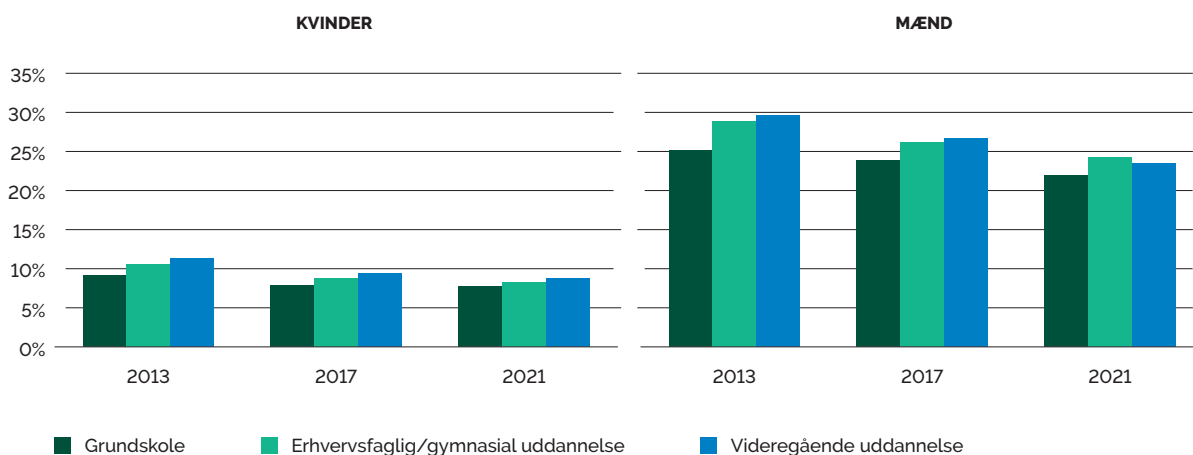
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 7,7%, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Det gælder henholdsvis 8,2% og 8,7% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 22%, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Det gælder 24% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en omvendt social gradient, hvor andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er højere med længere fuldførte uddannelse. Det skal bemærkes, at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder og mænd med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 7,0 procentenheder blandt kvinder og 10 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 4.2.1

Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021



Figur 4.2.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af omvendt social ulighed i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, som drikker mere end 10 genstande, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

4.2.2 Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

TABEL 4.2.2

Andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	23,3		131.514	21,8		144.632	20,8		126.983	
KVINDER	13,7		70.316	12,9		77.632	12,4		66.815	
Grundskole	10,0	0,80*	17.706	9,4	0,75*	17.423	10,7	1,01	11.465	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,7	0,89*	27.498	12,4	0,80*	30.708	12,1	0,96	25.762	
Videregående uddannelse	16,3	1 (ref.)	25.112	15,9	1 (ref.)	29.501	13,4	1 (ref.)	29.588	
<i>SII**</i>	3,3			4,3			0,6			0,50
MÆND	33,2		61.198	31,3		67.000	28,9		60.168	
Grundskole	26,7	0,75*	13.302	25,2	0,74*	13.760	26,1	0,93*	10.490	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,1	0,88*	29.364	31,6	0,89*	31.862	28,9	0,97	28.511	
Videregående uddannelse	37,6	1 (ref.)	18.532	35,4	1 (ref.)	21.378	30,4	1 (ref.)	21.167	
<i>SII**</i>	7,9			7,5			2,6			0,29

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.2.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

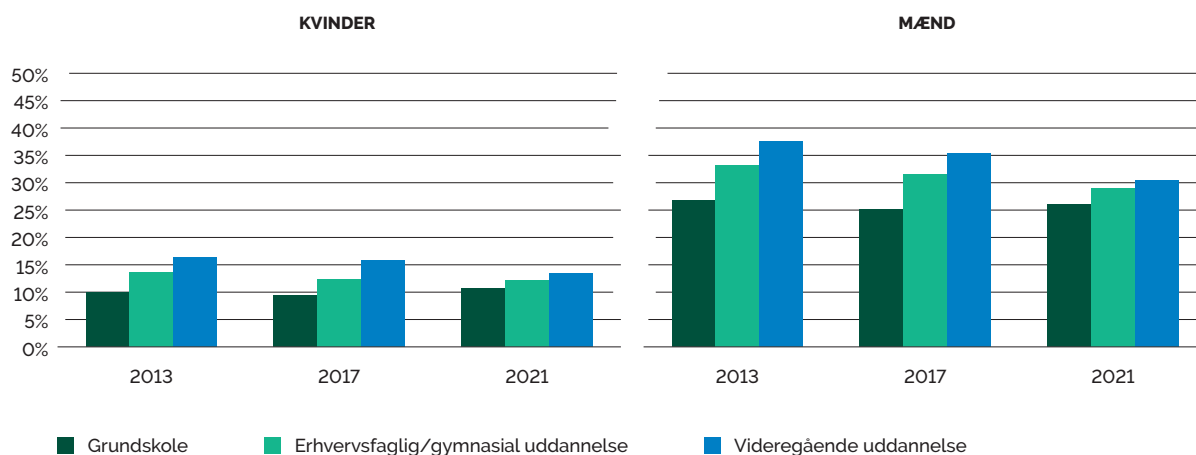
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 11 %, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 12 % og 13 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 26 %, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Det gælder henholdsvis 29 % og 30 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, statistisk signifikant for mænd i alle tre år og for kvinder i 2013 og 2017. Der ses en omvendt social gradient, hvor andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er højere med længere fuldførte uddannelse. Det skal bemærkes, at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder og mænd med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Der ses altså omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 0,6 procentenheder blandt kvinder og 2,6 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 4.2.2

Andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 4.2.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der jævnligt (hver måned) indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt kvinder i årene 2013 og 2017 og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der jævnligt indtager 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

4.3 Fysisk inaktivitet

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer, der er fysisk inaktive, blandt personer på 30 år eller derover i 2021.

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række hyppigt forekommende tilstande og sygdomme i Danmark, herunder hjertekarsygdom, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft, demens samt tidlig død.^{22, 23} Desuden er regelmæssig fysisk aktivitet associeret med god mental sundhed, herunder en lavere risiko for udvikling af angst og depression.^{22, 23} Fysisk aktivitet i befolkningen kan blandt andet måles ved forekomsten af stillesiddende fritidsaktiviteter. Når der justeres for længst fuldførte uddannelse, rygning, alkoholforbrug, kostmønster og BMI, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 4.654 ekstra dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet.¹ Blandt henholdsvis mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet er der omkring 11.000 og 5.500 tabte leveår sammenlignet med personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet.¹

Indikatoren fysisk inaktivitet er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2021). Fysisk inaktivitet er baseret på, at man ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Denne indikator var også med i 2017-spørgeskemaet, men der er foretaget ændringer i svarmulighederne for spørgsmålene om fysisk aktivitet mellem 2017 og 2021.² Det vurderes derfor, at resultaterne for 2017 ikke kan sammenlignes med 2021, og derfor er kun resultater for 2021 medtaget i denne rapport. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1.

TABEL 4.3

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

	2021		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	60,1		142.356
KVINDER	62,6		77.544
Grundskole	72,8	1,83*	14.982
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	63,8	1,35*	29.981
Videregående uddannelse	56,0	1 (ref.)	32.581
<i>SII**</i>	-18,2		
MÆND	57,4		64.812
Grundskole	66,4	1,84*	11.953
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	59,4	1,45*	30.513
Videregående uddannelse	49,6	1 (ref.)	22.346
<i>SII**</i>	-19,8		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 4.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 73 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 64 % og 56 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 66 %, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Det gælder henholdsvis 59 % og 50 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2021. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data med sammenlignelige mål for fysisk aktivitet for hele perioden.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data med sammenlignelige mål for fysisk aktivitet for hele perioden.

4.4 Svær overvægt

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer med svær overvægt for personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt er en betydelig risikofaktor for en række sygdomme som type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, visse former for kræft, reproduktionsproblemer, psykosociale problemer og tidlig død.⁶ De helbredsmæssige konsekvenser stiger med stigende grad af overvægt.²⁴ Når der justeres for rygning, alkohol og fysisk inaktivitet, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 630 ekstra dødsfald blandt personer med svær overvægt i forhold til personer, der ikke har svær overvægt. Relateret til svær overvægt er der blandt mænd 8.729 tabte leveår og blandt kvinder 3.069 tabte leveår.¹

Indikatoren svær overvægt er i denne rapport defineret som et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover på basis af besvarelser af spørgsmål om vægt og højde fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1.

TABEL 4.4

Andelen af personer med svær overvægt (BMI \geq 30) fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	16,1		130.904	19,0		142.612	20,5		142.824	
KVINDER	15,7		69.811	18,6		76.240	20,1		77.433	
Grundskole	20,2	2,33*	17.631	22,6	2,23*	16.971	24,9	2,28*	15.358	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16,9	1,66*	27.234	20,4	1,71*	30.142	22,5	1,72*	29.778	
Videregående uddannelse	11,2	1 (ref.)	24.946	13,6	1 (ref.)	29.127	15,2	1 (ref.)	32.297	
SII**	-14,4			-15,5			-17,9			0,14
MÆND	16,5		61.093	19,5		66.372	20,9		65.391	
Grundskole	22,6	2,38*	13.351	27,2	2,79*	13.583	27,8	2,55*	12.246	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,5	1,70*	29.310	20,6	1,86*	31.553	23,3	1,92*	30.747	
Videregående uddannelse	11,0	1 (ref.)	18.432	12,2	1 (ref.)	21.236	13,8	1 (ref.)	22.398	
SII**	-15,0			-20,2			-19,9			0,36

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af personer med svær overvægt (BMI \geq 30) er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer med svær overvægt blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

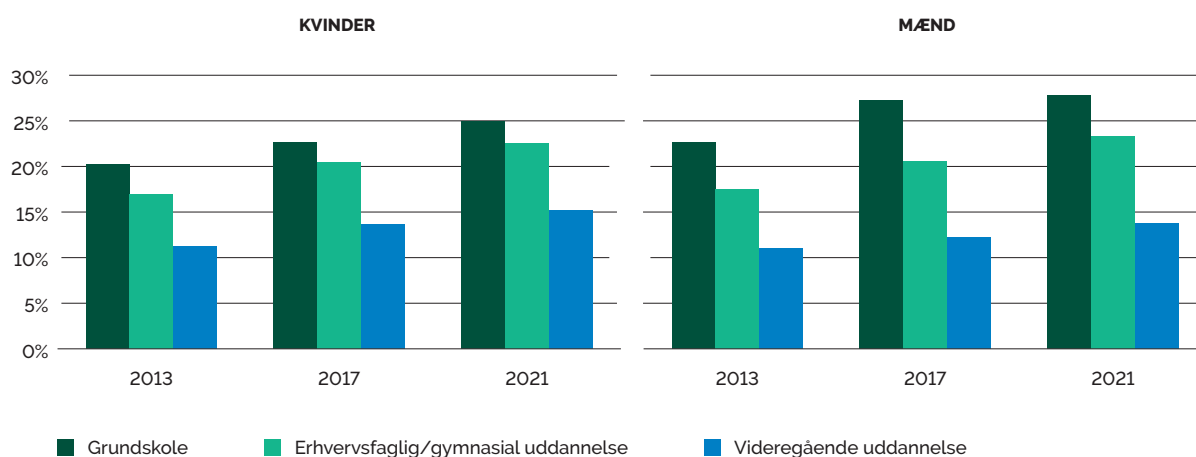
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 25 % med svær overvægt. Det gælder henholdsvis 23 % og 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 28 % med svær overvægt. Det gælder henholdsvis 23 % og 14 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer med svær overvægt statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen af personer med svær overvægt er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen af personer med svær overvægt, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 4.4

Andelen af personer med svær overvægt (BMI \geq 30) fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 4.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer med svær overvægt blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af personer med svær overvægt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen af personer med svær overvægt er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

4.5 Ophobning af risikofaktorer

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer, der har 2 eller flere risikofaktorer (daglig rygning, alkoholindtag over 10 genstande i løbet af en typisk uge, fysisk inaktivitet og svær overvægt), for personer på 30 år eller derover.

Ofte undersøges effekten af risikofaktorer som alkohol, rygning, fysisk inaktivitet og overvægt på helbredsrelaterede byrdemål enkeltvis. Men risikofaktorer udøver ofte en såkaldt synergistisk effekt (et samspil mellem risikofaktorer med en forstærkende effekt) på sygelighed og dødelighed.²⁵ Hvis man kun undersøger effekten af den enkelte risikofaktor, er der en risiko for at overse sammenhænge mellem flere forskellige risikofaktorer samt effekten af kombinationer af flere risikofaktorer.^{11,12} Herudover ses ofte en ophobning af risikofaktorer hos enkeltindivider og i bestemte grupper i befolkningen.¹⁰

Indikatoren ophobning af risikofaktorer er i denne rapport defineret på basis af besvarelser af spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2021). Det drejer sig om spørgsmål til daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over 10 genstande, fysisk inaktivitet samt vægt og højde. Indikatoren er nærmere defineret i Bilag 1. Idet information om fysisk inaktivitet kun haves for 2021, vises kun resultater for dette år vedrørende ophobning af risikofaktorer.

TABEL 4.5

Andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

	2021		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	27,2		148.230
KVINDER	24,0		80.920
Grundskole	29,1	2,03*	16.436
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	26,9	1,64*	31.132
Videregående uddannelse	18,4	1 (ref.)	33.352
<i>SII**</i>	<i>-16,9</i>		
MÆND	30,7		67.310
Grundskole	38,2	2,05*	12.814
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	33,4	1,65*	31.633
Videregående uddannelse	22,5	1 (ref.)	22.863
<i>SII**</i>	<i>-17,1</i>		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer (daglig rygning, alkoholindtag over 10 genstande i løbet af en typisk uge, fysisk inaktivitet og svær overvægt), er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.5 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 29 %, der har 2 eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 27 % og 18 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 38 %, der har 2 eller flere risikofaktorer. Det gælder henholdsvis 33 % og 23 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 17 procentenheder både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der har 2 eller flere risikofaktorer, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

4.6 Arbejdsmiljø – indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Arbejdsmiljø omfatter en lang række af kemiske, fysiske, ergonomiske og psykosociale forhold af betydning for helbredet. Vi har i rapporten valgt at belyse to forhold af stor betydning for ulighed i sygdomsbyrden i Danmark: fysisk anstrengende arbejde og mangel på indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver. I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af personer, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, for personer på 30 år eller derover.

Indflydelse i arbejdet omfatter medarbejdernes indflydelse på, hvornår og hvordan de løser deres egne arbejdsopgaver. Forskning har vist, at indflydelse på arbejdet har betydning i forhold til udvikling af stress²⁶ og dårlig mental sundhed,²⁷ blandt andet fordi indflydelse giver medarbejderne mulighed for at tilpasse arbejdet til egne behov og håndtere krav i arbejdet. Derudover peger forskningen på, at netop manglen på indflydelse i arbejdet øger risikoen for førtidspension blandt kontormedarbejdere og medarbejdere, som arbejder med kunder, klienter eller manuelt arbejde i Danmark.²⁸

Indikatoren indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom i spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L 2021). Dette spørgeskema afløser det tidligere spørgeskema Arbejdsmiljø og helbred i Danmark fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, som har været brugt i 2020-versionen af denne rapport. Der er dog foretaget ændringer i hvem, der besvarer spørgeskemaet, samt i spørgsmål og svarkategorier, hvorfor en direkte sammenligning mellem resultaterne af de to spørgeskemaundersøgelser ikke er mulig. Denne rapport indeholder derfor kun resultater for 2021. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.6

Andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

	2021		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	5,5		24.636
KVINDER	5,8		10.930
Grundskole	7,2	1,52*	1.107
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6,6	1,37*	4.324
Videregående uddannelse	4,9	1 (ref.)	5.499
SII**	-5,0		
MÆND	5,3		13.706
Grundskole	8,5	2,47*	2.055
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5,9	1,66*	6.677
Videregående uddannelse	3,6	1 (ref.)	4.974
SII**	-8,1		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 4.6 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 7,2 %, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 6,6 % og 4,9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 8,5 %, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver. Det gælder henholdsvis 5,9 % og 3,6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Der ses en social gradient, hvor andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 5,0 procentenheder blandt kvinder og 8,1 procentenheder blandt mænd i 2021. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Sammenfatning

Der ses en moderat og høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, blandt henholdsvis kvinder og mænd i 2021. Andelen, der oplever lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

4.7 Arbejdsmiljø – fysisk anstrengende arbejde

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, for personer på 30 år eller derover.

Fysiske anstrengende arbejde defineres af, hvor fysisk 'hårdt' den enkelte person selv mener, det er at udføre sit arbejde. Den selv vurderede anstrengelse kan derfor variere meget fra person til person, selvom de udfører præcis det samme fysiske arbejde. Det kan for eksempel afhænge af personens alder, køn, helbred og fysisk kapacitet.²⁹ Fysiske anstrengende arbejde øger risikoen for muskel-skelet-besvær, sygefravær og førtidspension. Det gælder især tunge løft.^{30, 31}

Indikatoren fysisk anstrengende arbejde er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom i spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere (NOA-L 2021). Dette spørgeskema afløser det tidligere spørgeskema Arbejdsmiljø og helbred i Danmark fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, som har været brugt i 2020-versionen af denne rapport. Der er dog foretaget ændringer i hvem, der besvarer spørgeskemaet, samt i spørgsmål og svarkategorier, hvorfor en direkte sammenligning mellem resultaterne af de to spørgeskemaundersøgelser ikke er mulig. Denne rapport indeholder derfor kun resultater for 2021. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 4.7

Andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

	2021		
	%	OR [§]	N (total)
ALLE	26,6		24.966
KVINDER	24,4		11.066
Grundskole	39,4	3,65*	1.126
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	33,2	2,73*	4.382
Videregående uddannelse	15,4	1 (ref.)	5.558
<i>SII**</i>	-40,3		
MÆND	28,7		13.900
Grundskole	43,6	6,03*	2.095
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	39,7	5,03*	6.775
Videregående uddannelse	12,0	1 (ref.)	5.030
<i>SII**</i>	-53,6		

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 4.7 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, fordelt på blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 39 %, der har fysisk anstrengende arbejde. Det gælder henholdsvis 33 % og 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 44 %, der har fysisk anstrengende arbejde. Det gælder henholdsvis 40 % og 12 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 40 procentenheder blandt kvinder og 54 procentenheder blandt mænd i 2021. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, både blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Andelen, der har fysisk anstrengende arbejde, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Ændring i social ulighed i perioden 2013-2021 kan ikke belyses grundet manglende data for hele perioden.

Opsummering

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

I forhold til sundhedsadfærd gælder det, at der blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er en højere andel, der ryger dagligt, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger til fysisk aktivitet, der har svær overvægt, og som har en ophobning af disse risikofaktorer, end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Omvendt ses en højere andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og der jævnligt indtager mere end 5 genstande ved samme lejlighed, blandt personer med videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

I forhold til arbejdsmiljø har vi beskrevet, at der blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er en højere andel, der oplever at have lav grad af indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver, og en højere andel med fysisk anstrengende arbejde end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt mænd og blandt kvinder i 2021.

For indikatorerne fysisk inaktivitet, ophobning af risikofaktorer og arbejdsmiljø er resultaterne kun vist for 2021, og derfor kan man for disse indikatorer ikke se på udviklingen i social ulighed over tid. For de resterende indikatorer relateret til sundhedsadfærd er der i perioden 2013-2021 ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed.

Referencer

1. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup JS. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022.
2. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Dankernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2022.
3. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M, Møller S, Pedersen M, Pisinger V. Unges alkohol-kultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019.
4. Gauffin K, Hjern A, Vinnerljung B, Björkenstam E. Childhood household dysfunction, social inequality and alcohol related illness in young adulthood. A Swedish national cohort study. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151755.
5. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt UA, Lange T, Andersen PK, Osler M, et al. Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events: A Danish register-based cohort study. *Epidemiology*. 2017;28(6):872-9.
6. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Ricco 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.
7. Schramm S, Sørensen TIA, Davidsen M, Tolstrup JS. Changes in adult obesity prevalence in Denmark, 1987-2021: age-period-cohort analysis of nationally representative data. *Eur J Public Health*. 2023;33(3):463-7.
8. N. C. D. Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-50.
9. Devaux M, Sassi F. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):464-9.
10. Meader N, King K, Moe-Byrne T, Wright K, Graham H, Petticrew M, et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*. 2016;16:657.
11. Zhang YB, Pan XF, Chen J, Cao A, Xia L, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(1):92-9.
12. Petersen KE, Johnsen NF, Olsen A, Albieri V, Olsen LK, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. *Br J Nutr*. 2015;113(5):849-58.
13. Ravesteijn B, van Kippersluis H, van Doorslaer E. The contribution of occupation to health inequality. *Res Econ Inequal*. 2013;21:311-32.
14. Brønholt RLL, Hansen MB, Islamoska S, Christensen U, Grynderup MB, Nabe-Nielsen K. Physical and psychosocial work factors as explanations for social inequalities in self-rated health. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(2):335-46.

15. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2022.
16. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA)2014.
17. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
18. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol: Sundhedsstyrelsen; 2024 [Citeret 9. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Alkohol/Anbefalinger-om-alkohol>.
19. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
20. 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.
21. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2018.
22. Ahrensberg H, Petersen CB. Fysisk aktivitet for ældre (65+ år). Viden om sundhed og forebyggelse. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2023.
23. Ahrensberg H, Toftager M, Nørgaard S, Petersen CB. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år). Viden om forebyggelse og sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2023.
24. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
25. Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S, Group JS. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. *Prev Med*. 2009;48(5):486-92.
26. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012 - Resumé og resultater. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2013.
27. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017;74(4):301.
28. Thorsen SV, Flyvholm M-A, Bültmann U, Pedersen J, Bach E. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark – belyst ud fra register- og spørgeskema-data fortrinsvis fra 2010-2014. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
29. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Danskernes Arbejdsmiljø 2014. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2016.
30. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Cumulative occupational mechanical exposures during working life and risk of sickness absence and disability pension: prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(5):415-25.
31. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Retrospectively assessed physical work environment during working life and risk of sickness absence and labour market exit among older workers. *Occup Environ Med*. 2018;75(2):114-23.

5

Mentalt helbred og psykiske lidelser



I dette kapitel beskrives indikatorer relateret til mental sundhed og psykiske lidelser. Det drejer sig om lav grad af mental sundhed, højt stressniveau, at føle sig uønsket alene, depression, angst, bipolar lidelse, skizofreni og selvmord. Mange danskere lever i dag med en psykisk lidelse eller med lav grad af mental sundhed. I kapitlet beskrives omfanget af social ulighed i sundhed inden for mental sundhed og psykiske lidelser hos både unge og voksne. Forekomsten af lav grad af mental sundhed og psykisk lidelse beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte lidelser i befolkningen i perioden 2013-2021.

Mental sundhed er vigtigt for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt og økonomisk og at kunne indgå i positive relationer med andre.^{1,2} Personer, der over længere tid har haft lav grad af mental sundhed, har en højere risiko for at udvikle både somatisk sygdom og psykiske lidelser, blandt andet hjertekarsygdom, angst og depression.^{3,4} Lav grad af mental sundhed er hermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor.¹ Såvel lav grad af mental sundhed som psykiske sygdomme har store personlige og samfundsmæssige omkostninger.^{1,2,5} Forskelle i forekomst og konsekvens af psykisk sygdom og lav grad af mental sundhed afhænger blandt andet af den enkelte persons uddannelseslængde og er derfor et vigtigt fokusområde i forhold til social ulighed i sundhed.⁶

I den voksne befolkning i Danmark svarer 17% i 2021, at de vurderer at have lav grad af mental sundhed.⁷ God mental sundhed defineres som en tilstand, hvor man trives, udvikler og udfolder sine evner, kan håndtere belastninger og indgår i fællesskaber med andre mennesker.⁸ Der er en social ulighed i fordelingen af lav grad af mental sundhed, således at andelen med lav grad af mental sundhed er højere i gruppen med grundskole som længst gennemførte uddannelse sammenlignet med grupperne med længere uddannelse.⁹

Personer, der lever med en psykisk lidelse, har en øget risiko for funktionsnedsættelse, som påvirker deltagelse i arbejdsliv og andre sociale aktiviteter. Personer med alvorlig (hhv. lettere) funktionsnedsættelse grundet psykisk lidelse har en beskæftigelsesgrad, der er 47 (hhv. 26) procentenheder lavere end blandt personer uden funktionsnedsættelse.¹⁰ Psykiske lidelser beskrevet i denne rapport inkluderer depression, angst, bipolar lidelse og skizofreni.

Depression er en meget udbredt psykisk lidelse, der fører til vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og mere træthed end normalt. Størstedelen af dem, der oplever en depression, kan behandles og hjælpes effektivt og dermed komme sig. Depression kan have stor indflydelse på sociale relationer og arbejdsliv.^{11,12}

Angst er en hyppigt forekommende psykisk lidelse i den danske befolkning,⁵ og de mest udbredte angstlidelser er socialfobi, panikangst og generaliseret angst.¹³ Angsten kan i mange tilfælde være kronisk og hæmmende i en sådan grad, at det påvirker funktions- evnen og deltagelse i sociale og arbejdsmæssige aktiviteter.¹⁴

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk lidelse, der er kendetegnet ved maniske og depressive episoder. Bipolar lidelse bliver ofte diagnosticeret i ungdomsårene og tidlig voksenalder.¹⁵

Skizofreni bliver ofte diagnosticeret i ungdommen og vanskeliggør ofte et længere uddannelsesforløb. Skizofreni er en sjælden dødsårsag (<0,1% af alle dødsfald), men personer med skizofreni har en stor overdødelighed, som medfører 15-20 års kortere middellevetid end den øvrige befolkning.¹⁶ Selvom en del af overdødeligheden kan tilskrives selvmord og ulykker, skyldes risikoen for tidlig død også hjertekarsygdom, diabetes og infektioner, som er 2-3 gange forhøjet.¹⁷

Der kan for sygdomme og lidelser med tidlig debutalder såsom bipolar lidelse og skizofreni være tale om en omvendt årsagssammenhæng, hvor sygdommen eller lidelsen har betydning for, om en uddannelse bliver påbegyndt eller gennemført.¹⁸ Bipolar lidelse og skizofreni opgøres derfor i rapporten for populationen i alderen 15-44 år og i forhold til forældrenes længst fuldførte uddannelse.

Selvmord er i Danmark en hyppig dødsårsag i aldersgruppen 15-49 år og årligt tager omkring 600 personer deres liv.¹⁹ Der er en højere risiko for selvmord blandt personer med en række forskellige psykiske lidelser, og det er derfor centralt at forebygge og behandle psykisk sygdom i arbejdet for at nedbringe forekomsten af selvmord.²⁰

5.1 Lav grad af mental sundhed

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har lav grad af mental sundhed, blandt personer på 30 år eller derover.

Der er en stærk sammenhæng mellem lav grad af mental sundhed og en række helbreds- og sociale udfald.²¹ Det er blandt andet associeret med sundheds- og risikoadfærd og har afgørende betydning for et individs sundhed på kort og på lang sigt.²²⁻²⁶ Lav grad af mental sundhed udgør en betydningsfuld risikofaktor for direkte og indirekte selvskade samt risiko for marginalisering.²⁷ God mental sundhed er afgørende for livskvalitet, evne til at håndtere livets udfordringer og er beskyttende i forhold til sygdom og social ulighed.^{28, 29} Danskernes mentale sundhed er igennem de sidste mange år blevet stadigt dårligere blandt de fleste aldersgrupper, herunder navnlig hos unge kvinder.⁷

Indikatoren lav grad af mental sundhed er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.1

Andelen, der har lav grad af mental sundhed, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	9,9		120.545	11,6		135.830	14,7		140.972	
KVINDER	11,4		63.747	13,4		72.145	16,5		75.985	
Grundskole	14,9	1,93*	14.779	16,7	2,01*	14.997	19,9	1,71*	14.104	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	11,1	1,25*	25.289	13,1	1,32*	28.784	16,3	1,24*	29.361	
Videregående uddannelse	9,7	1 (ref.)	23.679	11,4	1 (ref.)	28.364	15,0	1 (ref.)	32.520	
SII**	-6,1			-8,0			-8,5			0,20
MÆND	8,4		56.798	9,9		63.685	12,8		64.987	
Grundskole	11,8	1,92*	11.700	13,6	1,99*	12.515	16,5	1,65*	11.707	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	8,0	1,21*	27.355	9,2	1,20*	30.360	11,8	1,08*	30.534	
Videregående uddannelse	7,0	1 (ref.)	17.743	8,3	1 (ref.)	20.810	12,0	1 (ref.)	22.746	
SII**	-4,6			-5,6			-5,6			0,33

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** Ulighed i andelen, der har lav grad af mental sundhed, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har lav grad af mental sundhed, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

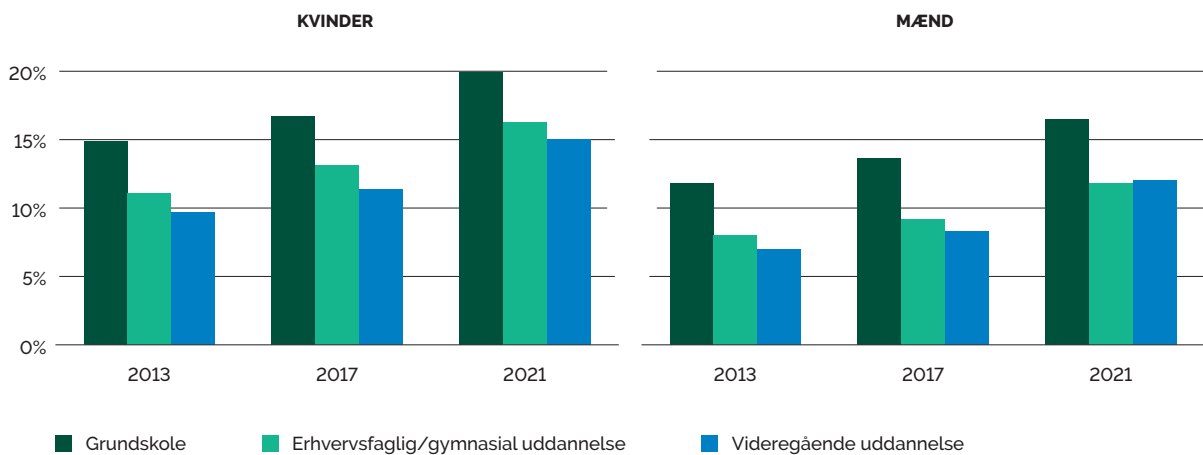
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 20 %, der har lav grad af mental sundhed. Det gælder henholdsvis 16 % og 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 17 %, der har lav grad af mental sundhed. Det gælder 12 % blandt mænd med erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har lav grad af mental sundhed, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har lav grad af mental sundhed, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har lav grad af mental sundhed, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 8,5 procentenheder blandt kvinder og 5,6 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.1

Andelen, der har lav grad af mental sundhed, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 5.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har lav grad af mental sundhed, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har lav grad af mental sundhed, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har lav grad af mental sundhed, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.2 Højt stressniveau

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med et højt stressniveau blandt personer på 30 år eller derover.

Stress kan være en naturlig og hensigtsmæssig reaktion, der hjælper os med at præstere i pressede situationer som i trafikken eller på arbejde. Men vedvarende belastninger, hvor vi befinder os i konstant alarmberedskab, kan øge risikoen for fysiske sygdomme og psykiske lidelser. Derfor er det vigtigt at skelne mellem den kortvarige og sunde stress og den langvarige og usunde stress.³⁰ Både arbejdslivet, økonomiske problemer, sygdom og belastende sociale relationer kan medføre stress. Langvarig og usund stress kan påvirke helbredet både direkte gennem fysiologiske og psykiske mekanismer inklusive søvnforstyrrelser, men også indirekte, fordi det påvirker sundhedsadfærd.³¹ Stress defineres ikke som en sygdom, men personer, som oplever langvarig stress, er i øget risiko for at udvikle for eksempel hjertekarsygdomme og depression.³¹ Menneskers stresstærskel er forskellig, og hvornår, man føler sig stresset, er til en vis grad subjektivt. Hvordan stress opleves og håndteres afhænger af blandt andet egne og miljøbestemte ressourcer.³²

Indikatoren højt stressniveau er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 5.2

Andelen med højt stressniveau fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	20,4		125.078	22,8		139.608	26,0		144.746	
KVINDER	23,3		66.474	26,0		74.487	29,4		78.477	
Grundskole	30,7	2,28*	16.122	33,1	2,36*	16.095	36,0	2,01*	15.130	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,6	1,48*	26.225	26,3	1,52*	29.644	29,8	1,40*	30.362	
Videregående uddannelse	18,1	1 (ref.)	24.127	20,5	1 (ref.)	28.748	25,5	1 (ref.)	32.985	
<i>SII**</i>	-16,7			-19,4			-17,6			0,80
MÆND	17,4		58.604	19,6		65.121	22,5		66.269	
Grundskole	25,1	2,43*	12.531	26,5	2,34*	13.170	29,9	2,11*	12.275	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,3	1,48*	28.117	19,6	1,51*	31.023	22,1	1,36*	31.181	
Videregående uddannelse	12,7	1 (ref.)	17.956	14,5	1 (ref.)	20.928	18,7	1 (ref.)	22.813	
<i>SII**</i>	-14,2			-15,4			-15,3			0,34

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

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

Tabel 5.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med højt stressniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i henholdsvis 2013, 2017 og 2021.

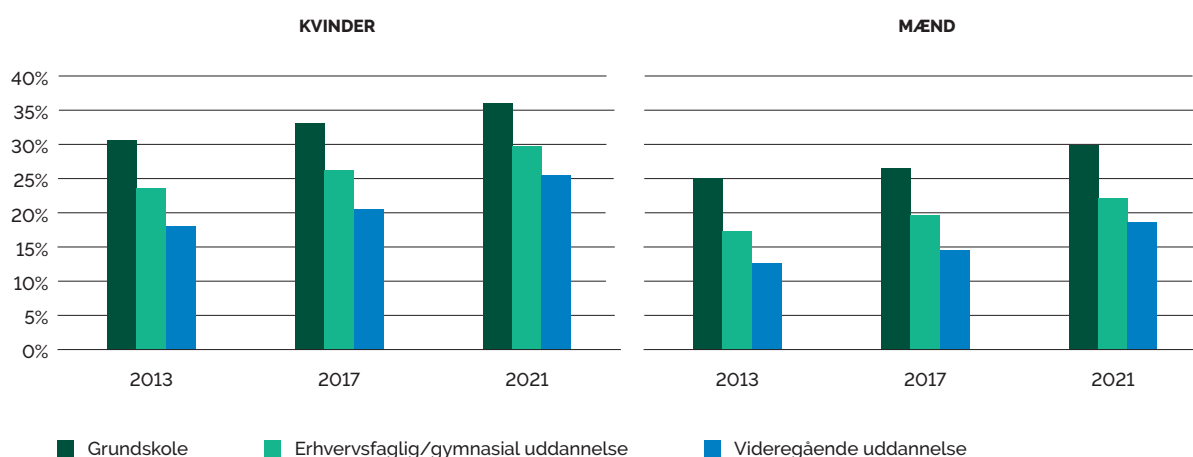
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 36 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 30 % og 26 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 30 % med højt stressniveau. Det gælder henholdsvis 22 % og 19 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med højt stressniveau statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen med højt stressniveau er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen med højt stressniveau, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 15 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.2

Andelen med højt stressniveau fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 5.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med højt stressniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen med højt stressniveau både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen med højt stressniveau er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.3 Ofte uønsket alene

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ofte er uønsket alene, blandt personer på 30 år eller derover.

Ensomhed er en negativ følelsesmæssig tilstand, der beror på et oplevet misforhold mellem et individs sociale behov og kvaliteten af hans eller hendes sociale relationer.³³ Ensomhed og social isolation er forskellige tilstande, der kan forekomme uafhængigt af hinanden. Det er for eksempel muligt at føle sig ensom i en gruppe mennesker og at være socialt isoleret uden at føle sig ensom.³⁴

På tværs af lande er forekomsten af ensomhed størst blandt unge (16-24 år) og ældre (75 år eller derover).^{35, 36} Der er en betydelig variation i forekomsten af ensomhed med størst forekomst blandt flygtninge, mennesker med psykiske lidelser og mennesker uden for arbejdsmarkedet.^{37, 38}

Langvarig ensomhed medfører en øget risiko for hypertension, højt kolesterolniveau, hjertesygdom, smerter, søvnforstyrrelser, angst og depression.^{39, 40} Ensomhed udgør dermed et betydeligt folkesundhedsproblem med en øget risiko for mentale helbredsproblemer og øget sygelighed.⁴¹⁻⁴⁴

Indikatoren ofte uønsket alene er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tabel 5.3 Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

TABEL 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	5,0		132.135	5,2		143.395	7,7		144.783	
KVINDER	5,3		70.858	5,4		76.989	8,8		79.010	
Grundskole	8,6	2,59*	18.167	8,4	2,61*	17.315	13,1	1,97*	15.902	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,0	1,58*	27.621	5,2	1,55*	30.431	8,3	1,27*	30.419	
Videregående uddannelse	3,2	1 (ref.)	25.070	3,6	1 (ref.)	29.243	6,9	1 (ref.)	32.689	
<i>SII**</i>	-4,9			-5,4			-6,1			0,07
MÆND	4,7		61.277	5,0		66.406	6,5		65.773	
Grundskole	7,6	2,47*	13.461	7,8	2,44*	13.582	9,6	2,06*	12.387	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,3	1,38*	29.404	4,6	1,37*	31.571	6,0	1,22*	30.913	
Videregående uddannelse	3,3	1 (ref.)	18.412	3,6	1 (ref.)	21.253	5,3	1 (ref.)	22.473	
<i>SII**</i>	-3,9			-4,7			-4,8			0,30

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ofte er uønsket alene, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

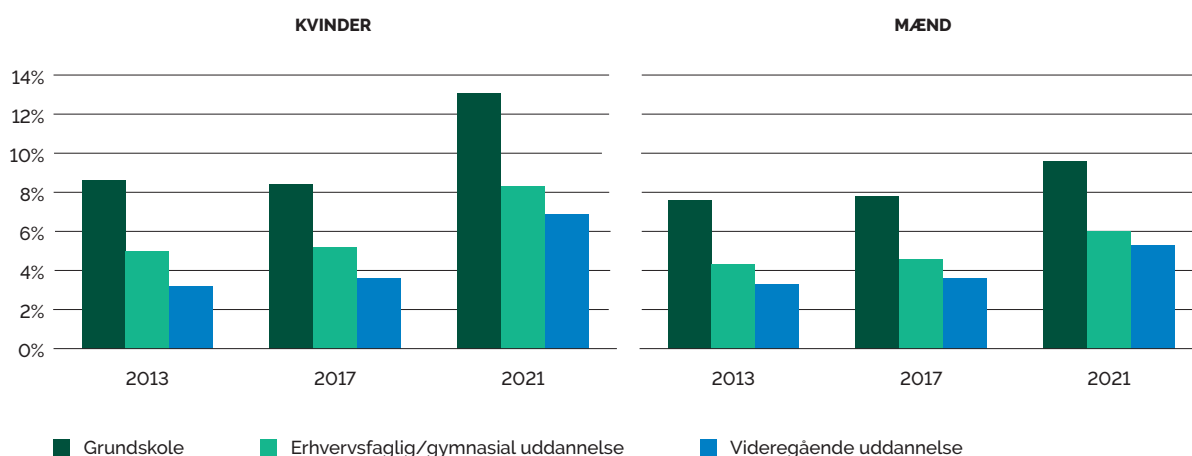
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 13 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 8,3 % og 6,9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 9,6 %, der ofte er uønsket alene. Det gælder henholdsvis 6,0 % og 5,3 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ofte er uønsket alene, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 6,1 procentenheder blandt kvinder og 4,8 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.3

Andelen, der ofte er uønsket alene, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 5.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ofte er uønsket alene, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der ofte er uønsket alene, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der ofte er uønsket alene, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.4 Depression

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Depression er karakteriseret ved vedvarende nedtrykthed, træthed, nedsat lyst, interesse og energi og kan klassificeres i mild, moderat og svær depression. Depression er en af de mest udbredte psykiske sygdomme,⁴⁵ og sygdommen kan have store konsekvenser for den enkelte og samfundet, f.eks. i form af sygefravær og tidligt arbejdsophør.⁶ Depression er desuden forbundet med en forøget oversygelighed og overdødelighed.⁵

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

Tabel 5.4 Antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

TABEL 5.4

Antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	1.074,0		2.873.644	815,1		2.844.677	791,1		3.003.968	
KVINDER	1.203,8		1.408.925	910,7		1.391.081	884,1		1.460.288	
Grundskole	1.710,9	1,81*	381.793	1.376,0	1,70*	331.617	1.265,1	1,46*	300.529	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1.172,3	1,40*	541.596	891,3	1,36*	530.903	877,1	1,22*	530.251	
Videregående uddannelse	840,1	1 (ref.)	485.536	638,1	1 (ref.)	528.561	708,2	1 (ref.)	629.508	
SII**	-932,3			-636,6			-447,5			< 0,01
MÆND	949,2		1.464.719	723,7		1.453.596	703,1		1.543.680	
Grundskole	1.343,0	1,83*	350.865	1.071,1	1,77*	318.724	942,6	1,48*	305.327	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	930,9	1,41*	690.403	698,5	1,31*	682.052	702,0	1,21*	695.266	
Videregående uddannelse	652,7	1 (ref.)	423.451	517,0	1 (ref.)	452.820	569,7	1 (ref.)	543.087	
SII**	-744,2			-544,5			-361,3			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

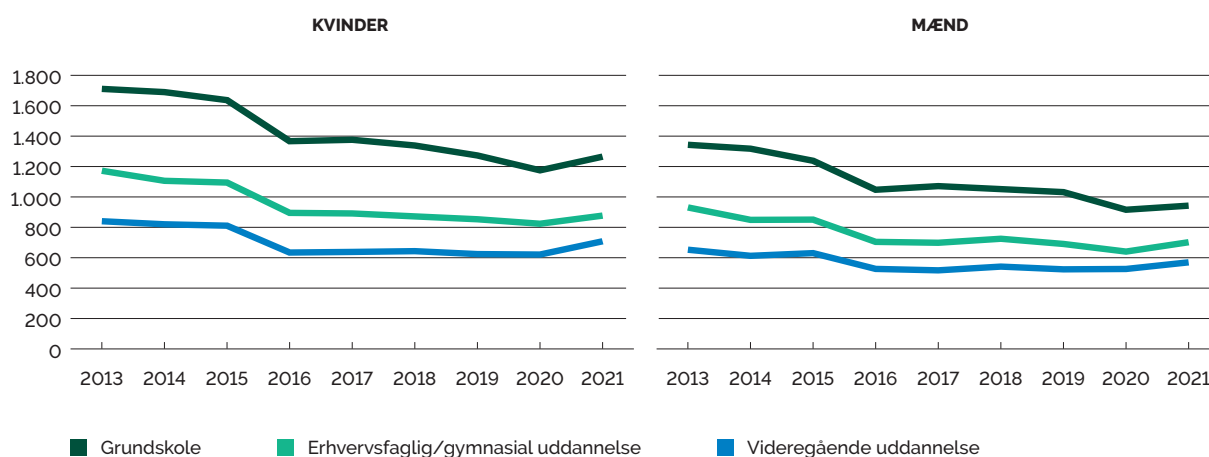
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 1.265 nye tilfælde af depression pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 877 og 708 nye tilfælde af depression pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 943 nye tilfælde af depression pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 702 og 570 nye tilfælde af depression pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 448 pr. 100.000 blandt kvinder og 361 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.4

Antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 5.4 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af depression pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.5 Angst

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer på 30 år eller derover.

Angst er en hyppig psykisk lidelse.⁵ De mest udbredte angstlidelser er socialfobi, panikangst og generaliseret angst.¹³ Angst optræder ofte med andre mentale lidelser som depression og nogle gange med misbrug.¹⁴ Angst kan påvirke funktionsevnen og deltagelse i sociale og arbejdsmæssige aktiviteter.¹⁴

Indikatoren angst er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister, Landspatientregistret og Lægemedelstatistikregistret. Omfanget og uligheden af angst er formentlig undervurderet, idet mindre alvorlige angsttilfælde ikke fremgår af de tilgængelige datakilder. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 5.5

Antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer fordelt på længst igangværende eller fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	325,2		3.329.177	308,4		3.331.382	316,5		3.518.120	
KVINDER	399,5		1.688.803	385,5		1.687.167	400,7		1.769.724	
Grundskole	525,8	1,85*	484.217	523,1	1,87*	429.186	498,8	1,62*	391.341	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	388,7	1,33*	645.802	376,9	1,32*	644.538	395,9	1,24*	650.189	
Videregående uddannelse	302,4	1 (ref.)	558.784	298,3	1 (ref.)	613.443	352,2	1 (ref.)	728.194	
<i>SII**</i>	-320,9			-321,3			-251,2			0,01
MÆND	248,7		1.640.374	229,3		1.644.215	231,4		1.748.396	
Grundskole	347,8	1,80*	408.225	318,9	1,81*	378.202	317,3	1,71*	366.516	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	226,9	1,17*	770.103	215,2	1,21*	769.553	215,7	1,16*	788.560	
Videregående uddannelse	197,4	1 (ref.)	462.046	183,1	1 (ref.)	496.460	199,0	1 (ref.)	593.320	
<i>SII**</i>	-201,8			-181,1			-160,0			0,02

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: ** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.5 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 499 nye tilfælde af angst pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 396 og 352 nye tilfælde af angst pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der

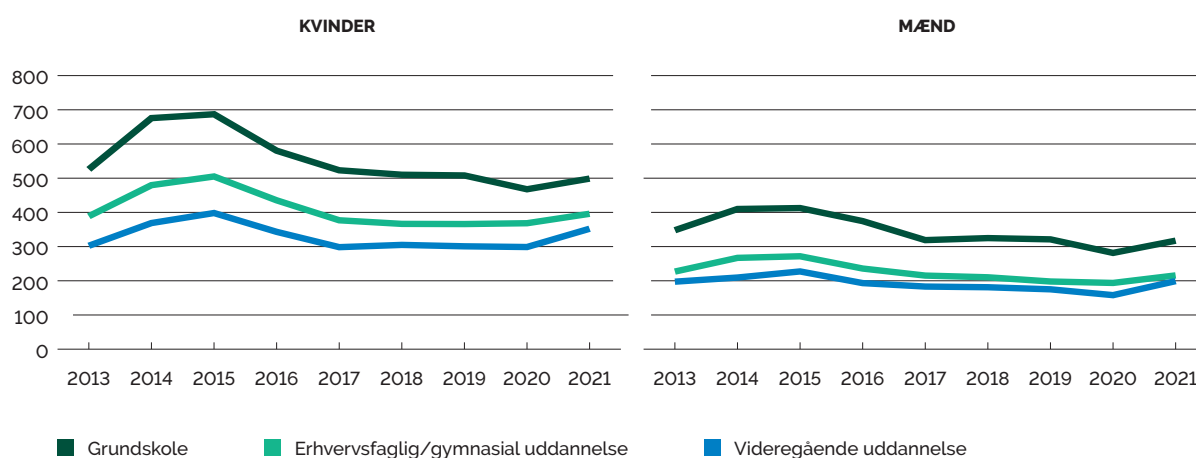
blandt mænd med grundskole 317 nye tilfælde af angst pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 216 og 199 nye tilfælde af angst pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 251 pr. 100.000 blandt kvinder og 160 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.5

Antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer, fordelt på længst igangværende eller fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 5.5 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af angst pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.6 Bipolar lidelse

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer blandt personer på 15-44 år.

Bipolar lidelse er en alvorlig psykisk lidelse, der er kendetegnet ved, at man har maniske og depressive episoder. Hos mange starter lidelsen i ungdomsårene og tidlig voksenalder.¹⁵

Indikatoren bipolar lidelse er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatrisregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15-44 år og den sociale ulighed opgjort i forhold til forældrenes længst fuldførte uddannelse, da bipolar lidelse ofte debuterer sent i teenageårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 5.6

Antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 15-44 år i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	109,8		1.896.402	67,9		1.877.898	57,8		1.877.362	
KVINDER	128,1		928.294	83,0		919.006	74,9		916.882	
Grundskole	159,3	1,40*	141.875	90,3	1,02	111.810	74,9	0,99	93.483	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	130,1	1,15*	430.466	74,6	0,83*	419.515	66,0	0,83*	399.851	
Videregående uddannelse	113,2	1 (ref.)	355.953	90,0	1 (ref.)	387.681	83,3	1 (ref.)	423.548	
SII**	-29,0			7,9			26,0			0,02
MÆND	92,3		968.108	53,5		958.892	41,4		960.480	
Grundskole	109,6	1,27*	147.855	63,2	1,15	117.077	51,6	1,15	98.898	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	95,0	1,13	448.514	50,3	0,93	437.048	35,2	0,78*	417.701	
Videregående uddannelse	82,3	1 (ref.)	371.739	54,1	1 (ref.)	404.767	45,1	1 (ref.)	443.881	
SII**	-14,6			-0,8			11,3			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.6 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 15-44 år i 2013, 2017 og 2021.

I 2021 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 75 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 66 og 83 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd af forældre med grundskole

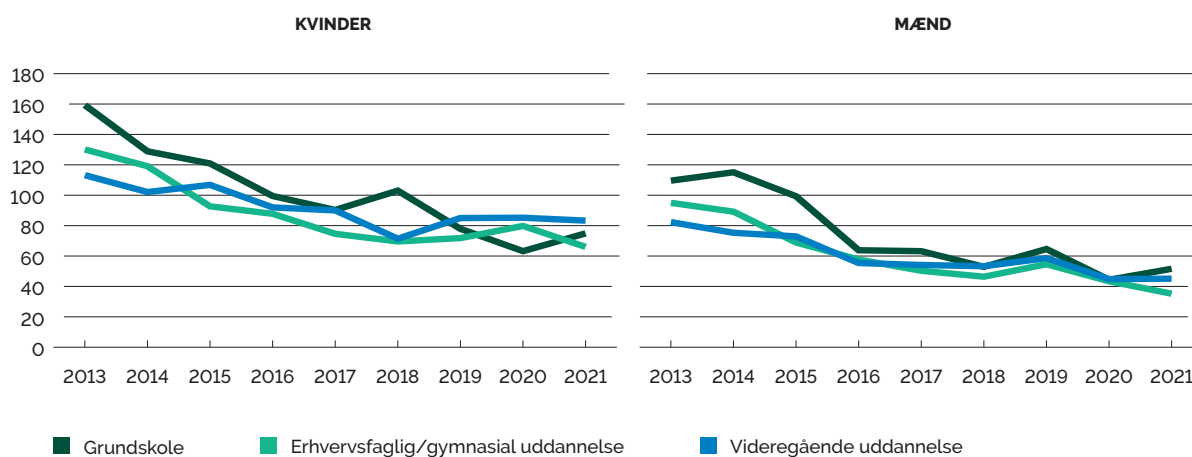
52 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 35 og 45 nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i 2013, men ikke i 2017 og 2021. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er lavere både blandt kvinder og mænd af forældre med længere fuldført uddannelse i 2013.

Den sociale ulighed i antal nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer af forældre med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 26 pr. 100.000 blandt kvinder og 11 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.6

Antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 15-44 år i perioden 2013-2021.



Figur 5.6 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 15-44 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer, både blandt kvinder og blandt mænd i 2013, men ikke i 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse pr. 100.000 personer er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses en reduktion i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.7 Skizofreni

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer blandt personer på 15-44 år.

Skizofreni er en meget alvorlig psykisk lidelse med symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser. Skizofreni debuterer ofte i en ungdommen og kan have store konsekvenser for den enkelte person gennem resten af livet.⁴⁶ Grundet den unge debutalder for skizofreni kan denne psykiske lidelse have stor betydning for uddannelsesforløb og arbejdsliv.⁴⁷ Der er en kraftig overdødelighed blandt personer med skizofreni med en middellevetid, der er 15-20 år kortere end for den øvrige befolkning.⁴⁶ Den tidlige død skyldes i et vist omfang selvmord, men også hjertekarsygdomme, diabetes og infektioner.¹⁷

Indikatoren skizofreni er i denne rapport defineret på basis af information fra Det Centrale Psykiatriregister og Landspatientregistret. Populationen er afgrænset til 15-44 år og den sociale ulighed opgjort i forhold til forældrenes længst fuldførte uddannelse, da skizofreni ofte debuterer i ungdomsårene eller i det tidlige voksenliv. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

TABEL 5.7

Antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 15-44 år i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	76,1		1.889.051	69,3		1.872.693	53,7		1.872.516	
KVINDER	60,6		926.858	63,8		919.083	54,4		917.244	
Grundskole	76,3	1,67*	141.501	76,1	1,45*	111.643	74,0	1,86*	93.292	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	55,8	1,01	429.898	55,5	0,88	419.625	51,0	1,08	400.025	
Videregående uddannelse	60,2	1 (ref.)	355.459	69,1	1 (ref.)	387.815	53,3	1 (ref.)	423.927	
SII**	-25,0			-5,0			-15,1			0,06
MÆND	90,9		962.193	74,7		953.610	53,0		955.272	
Grundskole	124,3	1,95*	146.423	91,5	1,68*	115.853	83,9	2,14*	97.711	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	89,2	1,20*	445.984	75,2	1,17*	434.793	51,0	1,16	415.456	
Videregående uddannelse	79,8	1 (ref.)	369.786	69,2	1 (ref.)	402.964	48,0	1 (ref.)	442.105	
SII**	-48,9			-23,8			-22,5			0,06

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.7 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 15-44 år i 2013, 2017 og 2021.

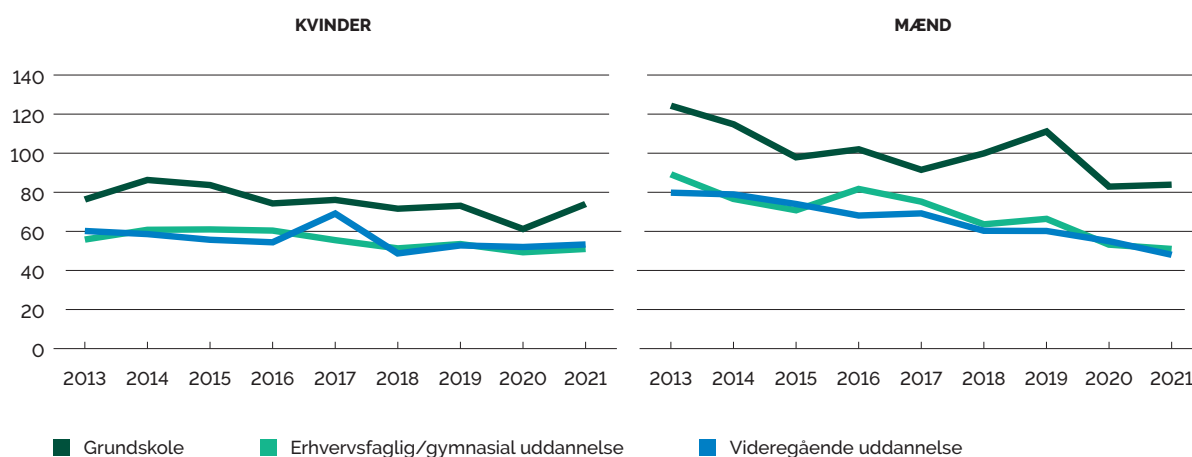
I 2021 er der blandt kvinder af forældre med grundskole 74 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 51 og 53 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 blandt kvinder af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd af forældre med grundskole 84 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 51 og 48 nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 blandt mænd af forældre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer af forældre med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 15 pr. 100.000 blandt kvinder og 23 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.7

Antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 15-44 år i perioden 2013-2021.



Figur 5.7 viser sammenhængen mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 15-44 år i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer blandt kvinder i årene 2013, 2017 og 2021, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed alle tre år. Antallet af nye tilfælde af skizofreni pr. 100.000 personer er lavere med forældrenes længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

5.8 Selvmord

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal selvmord pr. 100.000 personer blandt personer på 30 år eller derover.

Selvmord er i Danmark en hyppig dødsårsag i aldersgruppen 15-49 år og er årsag til omkring 13.000 tabte leveår årligt,²⁰ heraf mange i den erhvervsaktive alder. Årligt tager omkring 600 personer deres liv.¹⁹ Der er en betydelig kønsskævhed, idet mere end dobbelt så mange mænd som kvinder tager deres liv – modsat selvmordsforsøg, hvor især unge kvinder har flere selvmordsforsøg.¹⁹ Risikoen for selvmord er høj blandt personer med en række forskellige psykiske lidelser. Forebyggelse og tidlig behandling af psykisk sygdom er derfor centralt i arbejdet for at nedbringe forekomsten af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade.²⁰

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

TABEL 5.8

Antal selvmord pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	16,1		3.453.116	13,7		3.498.248	12,7		3.722.742	
KVINDER	8,2		1.770.248	7,6		1.796.644	6,7		1.903.154	
Grundskole	8,9	1,08	515.434	9,6	1,28	467.507	9,2	1,49	433.616	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	8,7	1,17	676.157	7,7	1,17	685.969	6,9	1,18	700.311	
Videregående uddannelse	7,1	1 (ref.)	578.657	6,1	1 (ref.)	643.168	5,2	1 (ref.)	769.227	
<i>SII**</i>	<i>-1,2</i>			<i>-2,5</i>			<i>-3,8</i>			<i>0,92</i>
MÆND	24,3		1.682.868	20,0		1.701.604	19,0		1.819.588	
Grundskole	36,4	2,21*	422.812	28,7	1,84*	397.465	21,8	1,60*	389.735	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,2	1,49*	788.591	19,9	1,39*	794.290	23,0	1,79*	818.452	
Videregående uddannelse	15,3	1 (ref.)	471.465	13,5	1 (ref.)	509.849	11,9	1 (ref.)	611.401	
<i>SII**</i>	<i>-25,7</i>			<i>-16,7</i>			<i>-11,9</i>			<i>0,09</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er ikke statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antal selvmord pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 5.8 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal selvmord pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 9,2 selvmord pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 6,9 og 5,2 selvmord pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med

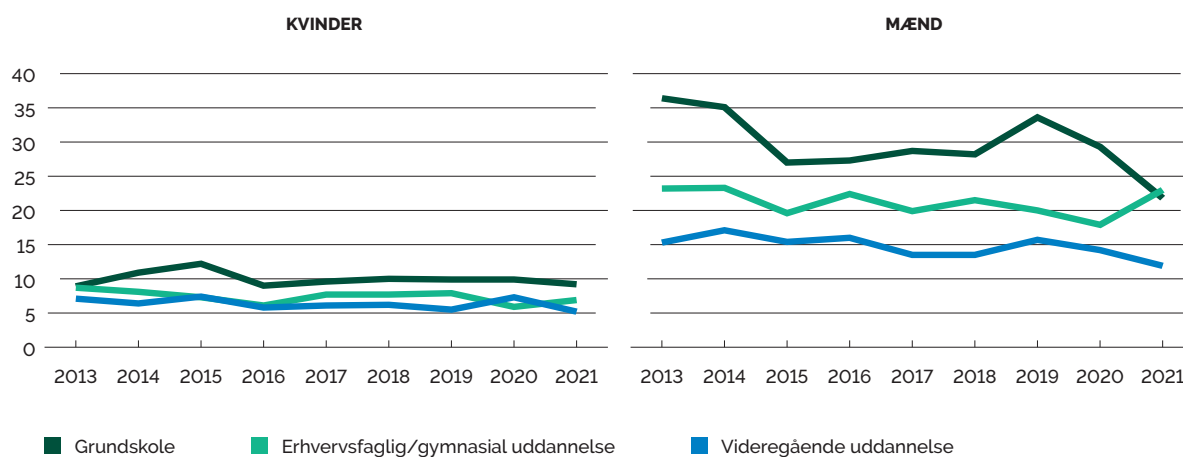
grundskole 22 selvmord pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 23 og 12 selvmord pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i antal selvmord pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 3,8 pr. 100.000 blandt kvinder og 12 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring af den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 5.8

Antal selvmord pr. 100.000 personer og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 5.8 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal selvmord pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses ingen social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 personer blandt kvinder, mens der blandt mænd ses en moderat til høj grad af social ulighed i antal selvmord pr. 100.000 mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antal selvmord pr. 100.000 mænd er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i mentalt sundhed; herunder lav grad af mental sundhed, højt stressniveau og ofte uønsket alene. Derudover har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række psykiske lidelser; depression, angst, bipolar lidelse og skizofreni samt for selvmord.

Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en højere andel, der har lav grad af mental sundhed, der har et højt stressniveau, og som føler sig ofte uønsket alene, end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Der er ikke sket nogen ændring i den sociale ulighed i denne periode.

I forhold til de psykiske lidelser har vi beskrevet, at der blandt kvinder og mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse er et højere antal nye tilfælde af depression og angst end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes et højere antal nye tilfælde af skizofreni blandt personer af forældrene med grundskole end blandt personer af forældre med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses overordnet ingen sammenhæng mellem forældrenes længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af bipolar lidelse. Dog ses der en lav grad af social ulighed blandt kvinder og mænd i 2013.

I perioden 2013-2021 reduceres den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af depression og bipolar lidelse pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd og angst pr. 100.000 mænd blandt mænd. Der ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i angst blandt kvinder og skizofreni blandt både kvinder og mænd i perioden.

Blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse ses et højere antal selvmord pr. 100.000 mænd end blandt mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021. Den sociale ulighed ændres ikke i perioden 2013-2021. Denne sammenhæng ses ikke blandt kvinder.

Referencer

1. Lassen TH, Møller SP, Mogensen S, Davidsen M, Jørgensen MB. Betydning af dårlig mental sundhed og højt stressniveau for sundhed, sociale forhold og tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked blandt unge. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2023.
2. Rosenkilde S, Klitgaard MB, Ekholm O, Nielsen MBD, Thygesen LC. Udvikling i forekomsten af mental sundhed blandt erhvervsaktive i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2023.
3. Møller SP, Sørensen IK, Christensen AI, Tolstrup JT. Risikofaktorer for udvalgte hjertesygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2017.
4. Santini ZI, Ekholm O, Koyanagi A, Stewart-Brown S, Meilstrup C, Nielsen L, et al. Higher levels of mental wellbeing predict lower risk of common mental disorders in the Danish general population. *Mental Health & Prevention*. 2022;26.
5. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2022.
6. Linder A, Gerdtham UG, Trygg N, Fritzell S, Saha S. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review. *Eur J Public Health*. 2020;30(4):767-77.
7. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Dankernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2022.
8. Sundhedsstyrelsen. Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Citeret 25. juni 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaaende-indsatser/Mental-og-digital-sundhed/Mental-sundhed>.
9. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Copenhagen: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2022 10.3.
10. Damgaard M, Steffensen T, Bengtson S. Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. København SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
11. Brinck-Claussen UO, Curth NK, Davidsen AS, Mikkelsen JH, Lau ME, Lundsteen M, et al. Collaborative care for depression in general practice: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):344.
12. Depressionsforeningen. Hvad er depression? København: Depressionsforeningen; 2020 [Citeret 25. juni 2024]. Tilgængelig fra: <https://depressionsforeningen.dk/hvad-er-depression/>.
13. Psykiatrifonden. Angst. psykiatrifonden.dk: Psykiatrifonden; 2024 [Citeret 25. juni 2024]. Tilgængelig fra: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst>.
14. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388(10063):3048-59.
15. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55(9):875-81.

16. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176.
17. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058-64.
18. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):28-33.
19. Center for Selvmordsforskning. Statistik. Center for Selvmordsforskning; 2024 [Citeret 11. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://statistik.selvmordsforskning.dk/>.
20. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskaade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.
21. Christensen A, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen 2017. 1-88 p.
22. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
23. Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health - A joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Physicians; 2013.
24. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health*. 2012;50(1):66-73.
25. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *Br J Sports Med*. 2009;43(14):1111-4.
26. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med*. 2008;70(7):741-56.
27. World Health Organization. Mental health, resilience and inequalities. København: World Health Organization; 2009.
28. UK Faculty of Public Health and The Mental Health Foundation. Better mental health for all: A public health approach to mental health improvement. London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation; 2016.
29. Huppert F. Interventions and policies to enhance wellbeing: The state of wellbeing science concepts, measures, interventions, and policies. *Wellbeing: A complete reference guide*. VI. West Sussex: Wiley Blackwell; 2014.
30. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark. Med særligt fokus på unge og personer uden for arbejdsmarkedet. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2024.
31. Nielsen N, Kristensen T. Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU og Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Sundhedsstyrelsen; 2007.
32. Rod N. Stress. In: Iversen L, Lund R, Christensen U, editors. *Medicinsk sociologi*. 2. udgave. København: Munksgaard; 2012.
33. Svendsen L. *A Philosophy of Loneliness*: Reaktion Books; 2017.

34. Cacioppo JT, Cacioppo S. The phenotype of loneliness. *Eur J Dev Psychol.* 2012;9(4):446-52.
35. Fokkema T, De Jong Gierveld J, Dykstra PA. Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of psychology.* 2012;146(1-2):201-28.
36. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society.* 2011;31(8):1368-88.
37. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(1):5-13.
38. Strijk PJ, van Meijel B, Gamel CJ. Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspect Psychiatr Care.* 2011;47(1):48-55.
39. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2010;40(2):218-27.
40. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Potoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol.* 2014;33(9):948.
41. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):97.
42. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(6):695-718.
43. Park C, Majeed A, Gill H, Tamura J, Ho RC, Mansur RB, et al. The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Res.* 2020;294:113514.
44. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(11):2161-78.
45. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.
46. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48.
47. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. *Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme.* København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014.

6

Somatiske sygdomme og ulykker



I dette kapitel beskrives indikatorer for somatiske sygdomme hos voksne samt tandsundhed og faldulykker.

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

De somatiske sygdomme er valgt ud fra en vurdering af deres sygdomsbyrde.^{1,2} Der menes hermed både, at sygdommene er udvalgt, fordi de er hyppigt forekommende, og at sygdommene har store konsekvenser i form af nedsat funktionsevne, førtidspension og tabte gode leveår. Sygdommene inkluderet i denne rapport er type 2-diabetes, hjertekarsygdomme (iskæmisk hjertesygdom og cerebrovaskulær sygdom), kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), kræft (bryst, lunge, tyk- og endetarm), muskel-skelet-lidelser samt demens. Desuden opgør vi i rapporten også andelen af personer med flere kroniske sygdomme samtidig, dette betegnes også som multisygdom.

For nogle udvalgte sygdomme (hjertekarsygdomme, KOL og kræft) er der yderligere analyser af konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse, fordi disse sygdomme typisk har store og øjeblikkelige konsekvenser for helbred og funktionsevne. Forekomsten af hjertesygdom, KOL og kræft beregnes som nye (incidente) tilfælde af de enkelte sygdomme i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Forekomsten præsenteres som antal nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår. Forekomsten er bestemt for to perioder, og ikke for hvert enkelt år, for at reducere usikkerheden grundet et begrænset antal nye sygdomstilfælde. Hermed analyseres heller ikke udviklingen i den social ulighed over tid, da der kun indgår to perioder. For disse sygdomme er dødelighed blandt personer med sygdom opgjort i en 5-årig periode efter diagnosen. Mistet beskæftigelse er opgjort for en 4-årig periode efter diagnose blandt personer med sygdom, som var i beskæftigelse året inden diagnosen.

Sidst i kapitlet beskrives tandsundheden blandt voksne og faldulykker blandt den ældre del af befolkningen. Tandsundhed er relateret til det generelle helbred, og dårligt tandsundhed kan have en negativ indvirkning på både livskvaliteten og funktionsevnen.^{3,4} Det offentlige sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling afspejler befolkningens generelle tand- og mundsundhed, og god tand- og mundsundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse.⁵

Faldulykker er en af de hyppigste ulykkestyper blandt ældre, og 60 % af fald blandt personer på 65 år eller derover medfører skader.⁶ Der er tidligere fundet en tydelig association mellem lav indkomst og risiko for fraktur i håndled, overarm og hofter, og den ulighed har ikke forandret sig i perioden 1995-2011.⁷

6.1 Type 2-diabetes

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer for personer på 30 år eller derover.

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau, som skyldes nedsat følsomhed over for insulin og/eller nedsat insulinens sekretion.⁸ Type 2-diabetes er forbundet med en øget risiko for en række alvorlige følgesygdomme og sendiabetiske komplikationer, herunder skader på øjne, nyrer, nerver og hjerte.⁹ Der er omkring 250.000 personer med type 2-diabetes i Danmark.¹ Der findes en lang række risikofaktorer for type 2-diabetes såsom søvnkvalitet og -mængde, rygning, dyslipidæmi, forhøjet blodtryk, etnicitet, genetik, overvægt og fedme samt fysisk inaktivitet. Type 2-diabetes kan forekomme i alle aldre, men ses hyppigst hos personer i 40-60-års alderen.¹⁰

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

TABEL 6.1

Antal nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	468,6		3.239.567	468,6		3.257.771	640,4		3.453.461	
KVINDER	381,0		1.675.655	363,6		1.690.472	518,8		1.785.407	
Grundskole	655,1	2,46*	467.530	612,2	2,61*	418.331	801,2	2,04*	384.414	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	344,5	1,56*	644.781	373,7	1,77*	648.453	553,8	1,44*	656.685	
Videregående uddannelse	195,3	1 (ref.)	563.344	186,3	1 (ref.)	623.688	341,9	1 (ref.)	744.308	
SII**	-450,4			-465,7			-518,3			0,07
MÆND	562,5		1.563.912	582,0		1.567.299	770,7		1.668.054	
Grundskole	829,0	1,99*	378.885	854,7	2,11*	350.399	1.120,5	1,93*	339.657	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	553,5	1,46*	734.050	596,9	1,53*	731.581	817,4	1,44*	746.797	
Videregående uddannelse	353,2	1 (ref.)	450.977	362,4	1 (ref.)	485.319	506,4	1 (ref.)	581.600	
SII**	-509,1			-565,2			-673,6			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

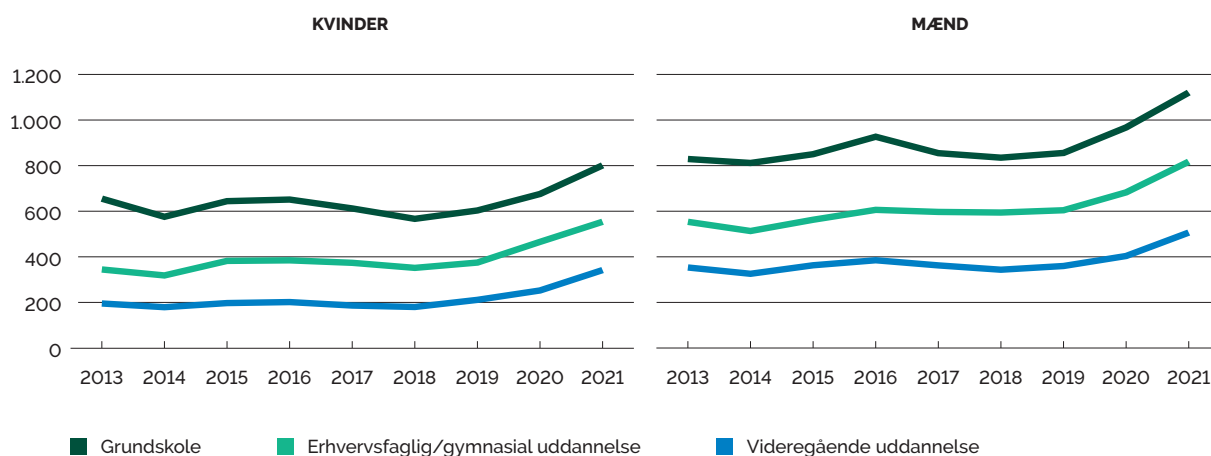
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 801 nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 kvinder. Det er henholdsvis 554 og 342 nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 1.121 nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 817 og 506 nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 518 pr. 100.000 blandt kvinder og 674 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Blandt kvinder ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

FIGUR 6.1

Sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 6.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af type 2-diabetes pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

6.2 Iskæmisk hjertesygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af iskæmisk hjertesygdom.

Iskæmisk hjertesygdom er en fællesbetegnelse for sygdomme, der skyldes forsnævninger (åreforkalkning) i hjertets kranspulsårerne. Åreforkalkning kan blandt andet medføre hjertekramper (angina pectoris) og blodprop i hjertet. Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigst forekommende hjertekarsygdom i Danmark og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden. Mere end 200.000 danskere lever med en iskæmisk hjertesygdom, og der er omkring 18.000 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom årligt.¹ Iskæmisk hjertesygdom er forbundet med højere risiko for tidlig død,¹¹ langvarig sygefravær og førtidspension samt et øget forbrug af sundhedsydelser.¹ Risikoen for iskæmisk hjertesygdom stiger med alderen og er større blandt mænd end blandt kvinder.¹² Risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom kan inddeles i biologiske faktorer (f.eks. forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, forhøjet blodsukker og svær overvægt), sundhedsadfærdsfaktorer (f.eks. rygning og fysisk inaktivitet), og psykosociale faktorer (f.eks. stress og depression).^{13, 14}

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

6.2.1 Incidensrater

TABEL 6.2.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrateratio (IRR) af iskæmisk hjertesygdom fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	65.499	528,8		51.210	395,3	
KVINDER	26.288	405,2		18.376	271,4	
Grundskole	11.545	677,3	1,59*	7.175	456,1	1,64*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	9.380	372,2	1,28*	6.985	271,6	1,31*
Videregående uddannelse	5.363	237,0	1 (ref.)	4.216	160,6	1 (ref.)
<i>SII**</i>		<i>-254,3</i>			<i>-186,0</i>	
MÆND	39.211	664,8		32.834	531,0	
Grundskole	12.368	902,1	1,46*	9.271	698,0	1,44*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	18.434	663,0	1,26*	15.783	555,6	1,26*
Videregående uddannelse	8.409	481,4	1 (ref.)	7.780	386,2	1 (ref.)
<i>SII**</i>		<i>-336,5</i>			<i>-261,8</i>	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 456 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 272 og 161 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I perioden 2018-2021 er der blandt mænd med grundskole 698 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 556 og 386 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 186 pr. 100.000 personår blandt kvinder og 262 pr. 100.000 personår blandt mænd i perioden 2018-2021.

6.2.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.2.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt efter længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med iskæmisk hjertesygdom i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	65.499	21,7		9,2	
KVINDER	26.288	23,4		10,4	
Grundskole	11.545	32,7	1,85*	19,6	3,21*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	9.380	17,9	1,27*	9,7	1,40*
Videregående uddannelse	5.363	13,0	1 (ref.)	7,2	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-11,9		-14,0	
MÆND	39.211	20,6		8,7	
Grundskole	12.368	27,1	1,85*	12,5	2,72*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	18.434	18,9	1,46*	8,6	1,78*
Videregående uddannelse	8.409	14,8	1 (ref.)	5,0	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-10,5		-9,8	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.2.2 viser antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med iskæmisk hjertesygdom dør 22 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 33 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 18 % og 13 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 27 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 19 % og 15 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 12 procentenheder blandt kvinder og 11 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom mister 9,2 % beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 20 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 9,7 % og 7,2 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 13 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 8,6 % og 5,0 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 14 procentenheder blandt kvinder og 9,8 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med en iskæmisk hjertesygdom ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.3 Cerebrovaskulær sygdom

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

Cerebrovaskulær sygdom refererer til en gruppe af sygdomme, der rammer blodforsyningen til hjernen. Den hyppigste cerebrovaskulære sygdom er apopleksi, også kaldet slagtilfælde, som dækker over både blodpropper og blødninger i hjernen. Der er årligt omkring 13.000 nye tilfælde af apopleksi i Danmark, og der er omkring 1.800 ekstra dødsfald blandt personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi, der har samme køn, alder og uddannelseslængde.¹ Apopleksi er forbundet med øget forekomst af akutte indlæggelser og ambulante hospitalskontakter samt langvarig sygefravær og førtidspension.¹ Væsentlige risikofaktorer for udvikling af apopleksi er foruden alder, åreforkalkning, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, atrieflimren, type 2-diabetes, rygning, højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og genetiske faktorer.¹⁵

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

6.3.1 Incidensrater

TABEL 6.3.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrateratio (IRR) af cerebrovaskulær sygdom fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	73.589	581,8		74.660	567,3	
KVINDER	34.950	534,8		34.799	513,1	
Grundskole	16.009	923,2	1,35*	14.070	886,4	1,31*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	11.945	471,3	1,18*	12.604	489,5	1,16*
Videregående uddannelse	6.996	308,7	1 (ref.)	8.125	310,1	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-213,0			-189,7	
MÆND	38.639	631,9		39.861	624,9	
Grundskole	12.633	874,1	1,32*	11.816	849,4	1,30*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	17.693	613,7	1,19*	18.500	630,1	1,16*
Videregående uddannelse	8.313	465,2	1 (ref.)	9.545	465,3	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-232,8			-220,7	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 886 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 490 og 310 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I perioden 2018-2021 er der blandt mænd med grundskole 849 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 630 og 465 nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 190 pr. 100.000 personår blandt kvinder og 221 pr. 100.000 personår blandt mænd i perioden 2018-2021.

6.3.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.3.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt efter længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med cerebrovaskulær sygdom i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	73.589	32,5		19,3	
KVINDER	34.950	33,7		21,5	
Grundskole	16.009	43,4	1,68*	33,8	3,14*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	11.945	27,6	1,24*	23,6	1,91*
Videregående uddannelse	6.996	22,0	1 (ref.)	13,9	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-13,1		-25,6	
MÆND	38.639	31,4		17,8	
Grundskole	12.633	38,9	1,73*	24,1	2,70*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	17.693	29,0	1,32*	18,8	1,97*
Videregående uddannelse	8.313	25,0	1 (ref.)	10,5	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-13,0		-18,1	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.3.2 viser antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom dør 33 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 43 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 28 % og 22 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 39 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 29 % og 25 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 13 procentenheder både blandt kvinder og blandt mænd.

Blandt personer med en cerebrovaskulær sygdom mister 19 % beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 34 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 24 % og 14 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd

med grundskole er der 24 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 19 % og 11 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 26 procentenheder blandt kvinder og 18 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af cerebrovaskulær sygdom pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med cerebrovaskulær sygdom ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) pr. 100.000 personår blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af KOL.

KOL er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres, lungevævet nedbrydes og slimproduktionen i lungerne øges på grund af en kronisk inflammationstilstand. Dette medfører gradvis tab af lungefunktionen og kommer til udtryk ved åndenød, hoste, slim og hyppige lungeinfektioner. KOL udvikler sig typisk over lang tid og kan forekomme i forskellige sværhedsgrader.¹⁶ KOL opstår i et kompleks samspil mellem risikofaktorer, miljømæssige påvirkninger og genetik. Dog er tobaksrygning ansvarlig for mindst 85 % af tilfældene.¹⁷

KOL er hyppigt forekommende i Danmark med en prævalens, der er blandt de højeste i den vestlige verden.¹⁸ Omkring 400.000 danskere anslås at have KOL. Da sygdommen ofte diagnosticeres i et fremskredent stadie, er det kun ca. halvdelen, der er diagnosticeret.^{1,18} Hvert år er der over 6.000 ekstra dødsfald blandt personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL, svarende til 12 % af alle dødsfald blandt personer i alderen 30 år eller derover. KOL er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark.¹

KOL har store samfundsøkonomiske og personlige omkostninger. KOL er blandt andet forbundet med flere kontakter til sundhedsvæsenet, et højere medicinforbrug og langvarige sygdomsforløb med nedsat funktionsevne og livskvalitet.^{1,19}

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

6.4.1 Incidensrater

TABEL 6.4.1

Tabel 6.4.1 Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrate-ratio (IRR) af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	61.158	474,8		49.895	372,5	
KVINDER	30.678	464,0		25.124	366,5	
Grundskole	15.204	869,2	2,51*	10.956	687,4	2,38*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.513	409,8	1,56*	9.286	356,5	1,55*
Videregående uddannelse	4.961	216,0	1 (ref.)	4.882	183,8	1 (ref.)
SII**		-569,6			-435,5	
MÆND	30.480	486,1		24.771	378,8	
Grundskole	12.145	821,8	2,52*	9.162	646,4	2,58*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	13.805	466,7	1,72*	11.508	381,8	1,71*
Videregående uddannelse	4.530	246,9	1 (ref.)	4.101	194,6	1 (ref.)
SII**		-581,5			-471,4	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.1 viser sammenhængen mellem antallet af nye tilfælde af KOL og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 687 nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 357 og 184 nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I perioden 2018-2021 er der blandt mænd med grundskole 646 nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 382 og 195 nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 436 pr. 100.000 personår blandt kvinder og 471 pr. 100.000 personår blandt mænd i perioden 2018-2021.

6.4.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.4.2

Tabel 6.4.2 Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt efter længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med KOL i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	61.158	25,4		12,2	
KVINDER	30.678	22,9		11,9	
Grundskole	15.204	28,2	1,58*	17,0	2,63*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	10.513	18,5	1,15*	12,2	1,77*
Videregående uddannelse	4.961	15,8	1 (ref.)	7,3	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-10,1		-13,2	
MÆND	30.480	28,0		12,5	
Grundskole	12.145	31,5	1,47*	17,0	3,31*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	13.805	26,3	1,25*	12,3	2,29*
Videregående uddannelse	4.530	23,4	1 (ref.)	5,6	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-8,3		-14,0	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.4.2 viser antallet af nye tilfælde af KOL (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med KOL dør 25 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 28 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 19 % og 16 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 32 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 26 % og 23 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 10 procentenheder blandt kvinder og 8,3 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med KOL mister 12 % beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 17 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 12 % og 7,3 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er

der 17 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 12 % og 5,6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 13 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med KOL ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.5 Brystkræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af brystkræft per 100.000 personår blandt kvinder på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af brystkræft.

Brystkræft er den hyppigst forekommende kræftsygdom blandt kvinder.²⁰ Brystkræft er meget sjælden blandt mænd,²¹ og resultaterne i denne rapport er derfor kun blandt kvinder.

Brystkræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark både målt ved forøget dødelighed, planlagte indlæggelser og ambulante kontakter til hospitaler og sygedage.¹ Omtrent 40.000 kvinder lever med brystkræft.¹ Siden 2009 er alle kvinder i alderen 50-69 år blevet tilbudt en screeningsundersøgelse for brystkræft, med det formål at opdage brystkræft i tidligere stadier for derved at nedbringe dødeligheden.

Indikatoren brystkræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.5.1 Incidensrater

TABEL 6.5.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrateratio (IRR) af brystkræft fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	18.315	275,5		19.012	275,5	
Grundskole	5.619	309,5	0,85*	5.331	320,1	0,91*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	7.019	273,7	0,94*	7.303	279,6	0,96*
Videregående uddannelse	5.677	250,5	1 (ref.)	6.378	243,1	1 (ref.)
SII**		65,8			39,5	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af brystkræft blandt kvinder på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 320 nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 280 og 243 nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder statistisk signifikant i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder er højere med længere fuldførte uddannelse. Det skal bemærkes at uligheden i dette tilfælde har den modsatte retning i forhold til størstedelen af indikatorerne i denne rapport; i dette tilfælde er kvinder med grundskole bedre stillet end gruppen med videregående uddannelse. Det er det, som man kan kalde omvendt social ulighed.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder, beregnet som forskellen mellem kvinder med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 40 pr. 100.000 personår blandt kvinder i perioden 2018-2021.

6.5.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.5.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse indenfor 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder på 30 år eller derover med brystkræft i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	18.315	17,9		8,4	
Grundskole	5.619	27,0	1,57*	17,2	4,38*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	7.019	15,8	1,21*	10,3	2,34*
Videregående uddannelse	5.677	11,4	1 (ref.)	4,8	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-7,7		-15,1	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 kvinder er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.5.2 viser antallet af nye tilfælde af brystkræft (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse blandt kvinder på 30 år eller derover.

Blandt kvinder med brystkræft dør 18 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 27 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 16 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der dør inden for 5 år, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der dør inden for 5 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem kvinder med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 7,7 procentenheder.

Blandt kvinder med brystkræft mister 8,4 % beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 17 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 10 % og 4,8 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 15 procentenheder.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af omvendt social ulighed i antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 personår blandt kvinder er højere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med brystkræft ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse.

6.6 Lungekræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af lungekræft blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse efter diagnose af lungekræft.

Lungekræft er en hyppig kræftsygdom blandt både kvinder og mænd. Sygdommen opdages ofte i et stadie, hvor den er spredt, og prognosen er derfor ofte dårlig,²² hvilket betyder, at sygdommen ofte er dødelig. Hvert år dør mellem 3.400 og 3.800 personer af lungekræft.²³ Lungekræft er dermed en af de hyppigste dødsårsager generelt og den hyppigste kræft-dødsårsag i Danmark.^{23, 24}

Langt hovedparten af alle tilfælde af lungekræft kan tilskrives tobaksrygning, men også andre stoffer i inde- og udemiljøet har betydning.²² Lungekræft udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark, både målt ved forøget dødelighed, hospitalskontakter og sygedage.¹ Det er tidligere vist, at kvinder og mænd med en kort uddannelse har en højere risiko for lungekræft end personer med længere uddannelser, og at overlevelsen efter diagnose er bedre hos kvinder og mænd med lang uddannelse end blandt kvinder og mænd med et kort uddannelse.^{1, 25}

Indikatoren lungekræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.6.1 Incidensrater

TABEL 6.6.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrateratio (IRR) af lungekræft fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	18.306	136,9		19.576	140,3	
KVINDER	9.107	132,4		10.080	140,9	
Grundskole	4.678	247,4	2,42*	4.637	266,7	2,41*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.122	117,7	1,63*	3.732	137,7	1,62*
Videregående uddannelse	1.307	56,0	1 (ref.)	1.711	63,2	1 (ref.)
SII**		-151,5			-168,5	
MÆND	9.199	141,6		9.496	139,7	
Grundskole	3.718	236,6	2,34*	3.497	230,4	2,30*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.173	136,5	1,72*	4.473	142,8	1,67*
Videregående uddannelse	1.308	70,1	1 (ref.)	1.526	71,1	1 (ref.)
SII**		-152,6			-150,2	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** Ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.6.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af lungekræft pr 100.000 personår blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 267 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 138 og 63 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I perioden 2018-2021 er der blandt mænd med grundskole 230 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 143 og 71 nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 169 pr. 100.000 personår blandt kvinder og 150 pr. 100.000 personår blandt mænd i perioden 2018-2021.

6.6.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.6.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt efter længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med lungekræft i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	18.306	80,5		39,0	
KVINDER	9.107	77,2		34,2	
Grundskole	4.678	81,1	1,47*	43,5	1,90*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.122	73,9	1,10	33,5	1,25
Videregående uddannelse	1.307	71,3	1 (ref.)	28,5	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-10,5		-18,4	
MÆND	9.199	83,8		45,7	
Grundskole	3.718	85,0	1,36*	57,0	4,12*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	4.173	83,9	1,33*	47,4	2,87*
Videregående uddannelse	1.308	80,2	1 (ref.)	23,2	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-4,0		-37,4	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.6.2 viser antallet af nye tilfælde af lungekræft (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med lungekræft dør 81% inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 81%, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 74% og 71% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 85%, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 84% og 80% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 11 procentenheder blandt kvinder og 4,0 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en lungekræft mister 39% beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 44%, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 34% og 29% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med

grundskole er der 57%, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 47% og 23% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 18 procentenheder blandt kvinder og 37 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af lungekræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med lungekræft ses en lav grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.7 Tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover. Herefter belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed mistet beskæftigelse efter diagnose af tyk- og endetarmskræft.

Tyk- og endetarmskræft er en hyppig kræftform for både kvinder og mænd²² og udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden i Danmark, både målt ved forøget dødelighed, hospitalskontakter og sygedage.¹ Siden 2014 har der været et nationalt screeningsprogram for personer i alderen 50-74 år, som har til formål at opdage tyk- og endetarmskræft i tidligere stadier for derved at nedbringe dødeligheden.

Indikatoren tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Cancerregistret. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.7.1 Incidensrater

TABEL 6.7.1

Antal nye tilfælde (incidens), antal nye tilfælde pr. 100.000 personår (IR) og incidensrateratio (IRR) af tyk- og endetarmskræft fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

	2014-2017			2018-2021		
	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]	Antal nye tilfælde	Antal nye tilfælde pr. 100.000 (IR)	IRR [§]
ALLE	21.074	158,8		18.350	132,6	
KVINDER	9.668	141,5		8.668	122,0	
Grundskole	4.182	223,5	1,24*	3.257	189,3	1,20*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.470	131,7	1,15*	3.305	122,8	1,15*
Videregående uddannelse	2.016	86,8	1 (ref.)	2.106	78,2	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-38,5			-27,7	
MÆND	11.406	177,0		9.682	143,7	
Grundskole	3.464	222,5	1,12*	2.878	191,6	1,25*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5.377	177,3	1,14*	4.519	145,6	1,14*
Videregående uddannelse	2.565	138,4	1 (ref.)	2.285	107,2	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-24,1			-43,2	

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde pr. 100.000 personår af tyk- og endetarmskræft blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioderne 2014-2017 og 2018-2021.

I perioden 2018-2021 er der blandt kvinder med grundskole 189 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 123 og 78 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I perioden 2018-2021 er der blandt mænd med grundskole 192 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår. Der er henholdsvis 146 og 107 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i begge perioder. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 28 pr. 100.000 personår blandt kvinder og 43 pr. 100.000 personår blandt mænd i perioden 2018-2021.

6.7.2 Dødelighed og mistet beskæftigelse

TABEL 6.7.2

Antal nye tilfælde (incidens), 5-års dødelighed (andel i % og OR) og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen (andel i % og OR) fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover med tyk- og endetarmskræft i perioden 2014-2017.

	2014-2017				
	Antal nye tilfælde	Dødelighed		Mistet beskæftigelse	
		%	OR [§]	%	OR [§]
ALLE	21.074	39,7		12,8	
KVINDER	9.668	39,2		13,7	
Grundskole	4.182	46,7	1,38*	25,4	3,75*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3.470	34,6	1,06	14,3	1,83*
Videregående uddannelse	2.016	31,2	1 (ref.)	8,4	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-10,7		-20,3	
MÆND	11.406	40,1		11,9	
Grundskole	3.464	47,7	1,52*	20,5	2,69*
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	5.377	38,2	1,20*	10,4	1,24
Videregående uddannelse	2.565	33,8	1 (ref.)	8,5	1 (ref.)
<i>SII**</i>		-12,3		-13,7	

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i 5-års dødelighed og mistet beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.7.2 viser antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft (i 2014-2017) og sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis dødelighed og mistet beskæftigelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Blandt personer med tyk- og endetarmskræft dør 40 % inden for 5 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 47 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 35 % og 31 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 48 %, der dør inden for 5 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 38 % og 34 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

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

Den sociale ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 11 procentenheder blandt kvinder og 12 procentenheder blandt mænd.

Blandt personer med en tyk- og endetarmskræft mister 13 % beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. Blandt kvinder med grundskole er der 25 %, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 14 % og 8,4 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med

grundskole er der 21%, der mister beskæftigelsen inden for 4 år efter diagnosen. Det gælder henholdsvis 10% og 8,5% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 20 procentenheder blandt kvinder og 14 procentenheder blandt mænd.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår både blandt kvinder og blandt mænd i perioderne 2014-2017 og 2018-2021. Antallet af nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft pr. 100.000 personår er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt personer med tyk- og endetarmskræft ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og en høj grad af social ulighed i andelen, der mister beskæftigelse inden for 4 år efter diagnosen. I begge tilfælde er andelen, der dør inden for 5 år og mister beskæftigelsen inden for 4 år, lavere med længere fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd.

6.8 Muskel-skelet-lidelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og henholdsvis antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-lidelser pr. 100.000 personer samt andelen, der har muskel-skelet-smerter, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-lidelser er en betegnelse for sygdomme og tilstande, der er relateret til knogler, led og muskler og ofte er karakteriseret ved smerte og nedsat fysisk funktion. Der findes mange sygdomme og sygdomstilstande inden for muskel-skelet-lidelser, hvoraf de hyppigst forekommende hospitalsdiagnoser er slidgigt (artrose) og leddegigt, rygsygdomme (inklusiv diskusprolaps) samt knogleskørhed (osteoporose).²⁶ Forekomsten af muskel-skelet-smerter og -lidelser er estimeret for den danske befolkning 30 år eller derover, og opgørelsen viser, at 23 % lever med lændesmerter, 15 % lever med nakkesmerter og 25 % har slidgigt.¹ Globalt set er disse sygdomme blandt de sygdomme, der har den største folkesundhedsmæssige belastning.²⁷

Smerter i ryg, nakke og led er nogen af de mest hyppige gener og symptomer i den voksne danske befolkning²⁸ og de er forbundet med store samfundsmæssige omkostninger.²⁹ Smerter i ryg og nakke påvirker i høj grad livskvalitet og arbejdsevne, f.eks. er 38 % af alle nytilkendte førtidspensioner relateret til smerter i ryg og lænd, mens 17 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor er relateret til smerter i nakken.¹

Indikatoren muskel-skelet-lidelser er opgjort på to måder i denne rapport. Indikatoren muskel-skelet-diagnoser er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret. Indikatoren selvrapporteret muskel-skelet-smerter er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 2.

6.8.1 Muskel-skelet-diagnoser

TABEL 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	3.764,8		1.891.105	3.658,7		1.701.858	3.087,8		1.718.445	
KVINDER	4.099,3		920.285	3.989,5		823.913	3.350,2		825.046	
Grundskole	4.581,4	1,12*	226.199	4.498,5	1,14*	174.390	3.882,5	1,18*	147.508	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.315,8	1,15*	352.053	4.310,5	1,18*	307.456	3.773,6	1,21*	281.403	
Videregående uddannelse	3.557,6	1 (ref.)	342.033	3.441,4	1 (ref.)	342.067	2.851,3	1 (ref.)	396.135	
SII**	-725,4			-862,0			-963,1			0,35
MÆND	3.447,7		970.820	3.348,3		877.945	2.845,4		893.399	
Grundskole	3.523,6	1,06*	228.718	3.486,1	1,09*	191.190	3.077,6	1,15*	174.747	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3.604,0	1,12*	444.484	3.558,0	1,16*	395.703	3.064,9	1,17*	377.047	
Videregående uddannelse	3.156,1	1 (ref.)	297.618	2.972,7	1 (ref.)	291.052	2.484,4	1 (ref.)	341.605	
SII**	-334,9			-501,0			-619,1			< 0,01

§ IRR er justeret for alder.

* IRR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

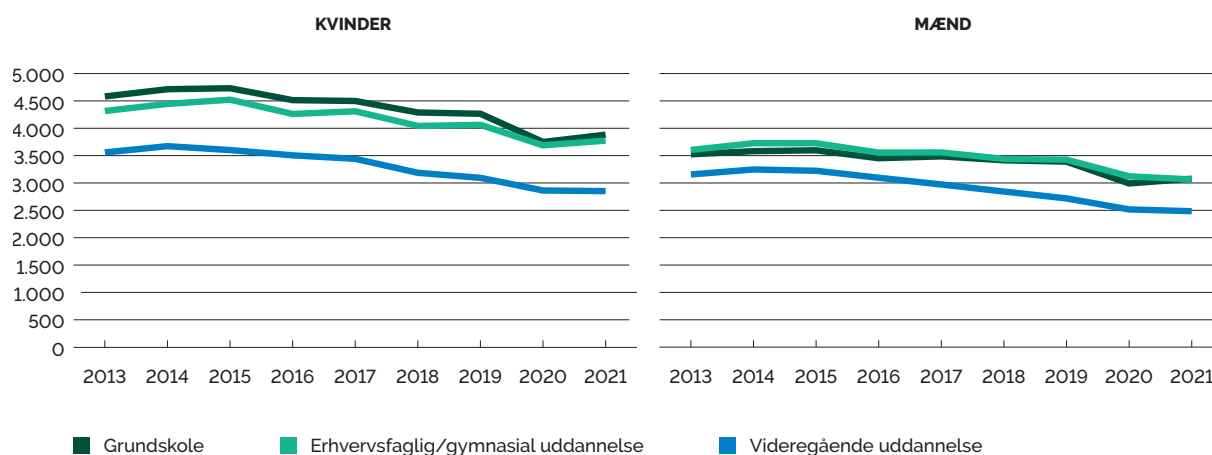
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 3.883 nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 3.774 og 2.851 nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 3.078 nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 3.065 og 2.484 nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 963 pr. 100.000 blandt kvinder og 619 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Blandt kvinder ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

FIGUR 6.8.1

Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013-2021.



Figur 6.8.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Antallet af nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021, mens der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden blandt mænd.

6.8.2 Muskel-skelet-smerter

TABEL 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p -værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	28,3		130.753	30,9		144.324	32,9		147.340	
KVINDER	33,0		69.910	35,3		77.341	37,8		80.218	
Grundskole	44,5	2,31*	17.731	45,1	2,21*	17.321	47,4	1,96*	16.059	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	33,5	1,53*	27.336	36,8	1,60*	30.638	39,4	1,43*	30.933	
Videregående uddannelse	24,5	1 (ref.)	24.843	26,5	1 (ref.)	29.382	30,9	1 (ref.)	33.226	
SII**	-21,6			-22,8			-19,8			0,59
MÆND	23,5		60.843	26,3		66.983	27,7		67.122	
Grundskole	31,7	2,27*	13.275	34,3	2,28*	13.721	36,5	2,16*	12.699	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	24,7	1,64*	29.184	27,8	1,70*	31.904	29,3	1,59*	31.544	
Videregående uddannelse	16,3	1 (ref.)	18.384	18,2	1 (ref.)	21.358	20,2	1 (ref.)	22.879	
SII**	-17,1			-20,1			-19,7			0,41

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.8.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

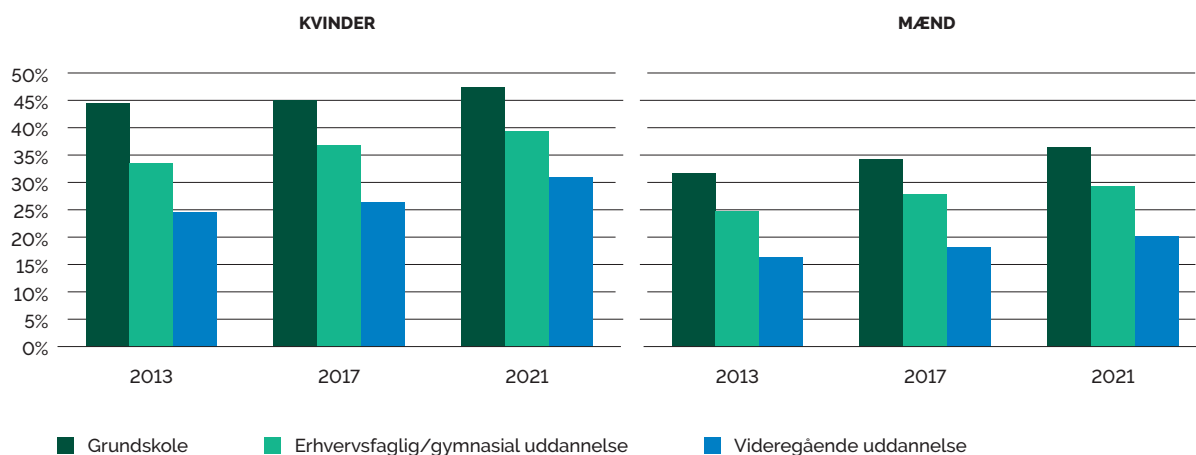
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 47 %, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage. Det gælder henholdsvis 39 % og 31 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 37 %, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage. Det gælder henholdsvis 29 % og 20 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 20 procentenheder blandt kvinder og blandt mænd i 2021. Der ses ikke er en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.8.2

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 6.8.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat til høj grad af social ulighed i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i muskler og skelet inden for de seneste 14 dage, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

6.9 Demens

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er behandlet for demens, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover.

Det anslås, at der er omkring 82.000 personer på 65 år eller derover med demens i Danmark, og på grund af den demografiske udvikling er antallet stigende.³⁰ Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande, der karakteriseres ved vedvarende og progressiv svækkelse af de kognitive funktioner. De fleste personer med demens får hukommelsesbesvær, men andre kognitive færdigheder kan også blive påvirket; for eksempel sprog, koncentration, stedsans, overblik, situationsfornemmelse og praktiske færdigheder. Personer med demens vil typisk have en markant svækket evne til at indgå i sociale sammenhænge.

Alzheimer er den mest udbredte demenssygdom og udgør 60-70 % af demens-tilfældene i Danmark. Den næstehyppigste demenssygdom er vaskulær demens, det vil sige demens forårsaget af åreforkalkning og tidligere blodpropper i hjernen eller hjerneblødning. Derudover findes en række andre demenssygdomme. Hvert år dør over 3.000 personer af demens, svarende til 5,9 % af alle dødsfald.³¹ Demens er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark, og de årlige direkte omkostninger forbundet med demens anslås til 10 milliarder kroner.³²

Den væsentligste risikofaktor for at udvikle demens er høj alder, men rygning, forhøjet blodtryk og type 2-diabetes er også kendte risikofaktorer. Der er flere kvinder end mænd, som får en demenssygdom.³³ Dette skyldes blandt andet, at kvinder har en højere middellevetid.³⁰

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

TABEL 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	Antal nye tilfælde pr. 100.000	OR [§]	N (total)	
ALLE	562,3		913.499	563,8		1.025.832	570,5		1.119.976	
KVINDER	604,0		494.343	607,3		552.643	620,9		601.851	
Grundskole	729,1	1,10	245.371	790,5	1,18*	237.076	765,4	1,10*	229.033	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	508,1	1,11	162.754	501,6	1,09	198.165	579,0	1,08	220.040	
Videregående uddannelse	429,1	1 (ref.)	86.218	415,7	1 (ref.)	117.402	464,7	1 (ref.)	152.778	
SII**	-37,4			-127,5			-67,0			0,24
MÆND	513,2		419.156	513,1		473.189	511,8		518.125	
Grundskole	597,9	1,05	145.506	625,2	1,06	142.833	632,9	1,14*	138.894	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	489,3	1,11	181.281	474,9	1,04	215.004	477,9	1,05	243.333	
Videregående uddannelse	426,6	1 (ref.)	92.369	445,6	1 (ref.)	115.352	448,9	1 (ref.)	135.898	
SII**	-12,4			-40,8			-90,1			0,07

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.9 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

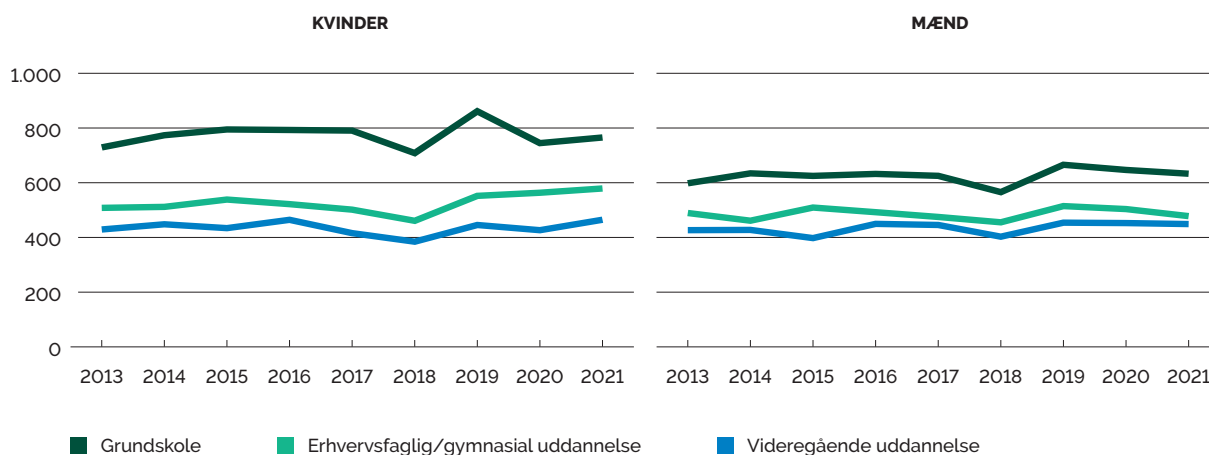
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 765 nye tilfælde af demens pr. 100.000 kvinder. Der er henholdsvis 579 og 465 nye tilfælde af demens pr. 100.000 blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 633 nye tilfælde af demens pr. 100.000 mænd. Der er henholdsvis 478 og 449 nye tilfælde af demens pr. 100.000 blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der får demens, statistisk signifikant blandt kvinder årene i 2017 og 2021 og blandt mænd i 2021. Der ses en social gradient, hvor antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 67 pr. 100.000 blandt kvinder og 90 pr. 100.000 blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.9

Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 6.9 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer blandt kvinder i årene 2017 og 2021 og blandt mænd i 2021. Antallet af nye tilfælde af demens pr. 100.000 personer er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

6.10 Multisygdom

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har henholdsvis 2 eller flere og 4 eller flere kroniske sygdomme samtidig (multisygdom), blandt kvinder og mænd på 30 år og derover.

Multisygdom kan være en udfordring for både den enkelte person og for sundhedsvæsenet.^{34, 35} Undersøgelser viser, at multisygdom blandt andet er forbundet med større risiko for tidlig død,^{36, 37} et øget forbrug af sundhedsydelse,³⁸ dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktionsevne,^{39, 40} og som følge heraf lav beskæftigelse.⁴¹ Derved er multisygdom også forbundet med store økonomiske konsekvenser for samfundet.³⁵

Multisygdom kan beskrives ved brug af forskellige mål, herunder antal sygdomme (typisk 2 eller flere),^{36, 38, 42, 43} kombinationer af specifikke sygdomme⁴⁴ og klynger af sygdomme.^{39, 45-47} Opgørelsen af hvor mange, der har multisygdom, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom, samt om tilstande som forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol medtages. Desuden har det væsentlig betydning, om man benytter selvrapporterede data eller registerdata til at belyse sygdomsforekomsten.

Indikatorerne 2 eller flere sygdomme og 4 eller flere sygdomme er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregistret, Det Centrale Psykiatriregister og Lægemedelstatistikregistret. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1 og Bilag 3.

6.10.1 2 eller flere sygdomme

TABEL 6.10.1

Andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	29,9		3.453.114	31,8		3.498.217	40,4		3.722.693	
KVINDER	33,3		1.770.247	35,2		1.796.635	44,4		1.903.148	
Grundskole	46,5	1,64*	515.433	49,8	1,71*	467.498	58,7	1,72*	433.610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	31,4	1,25*	676.157	34,5	1,28*	685.969	46,5	1,36*	700.311	
Videregående uddannelse	23,7	1 (ref.)	578.657	25,4	1 (ref.)	643.168	34,5	1 (ref.)	769.227	
SII**	-13,5			-14,9			-17,3			< 0,01
MÆND	26,4		1.682.867	28,3		1.701.582	36,2		1.819.545	
Grundskole	34,8	1,63*	422.811	37,0	1,66*	397.443	45,8	1,76*	389.692	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	25,8	1,30*	788.591	28,3	1,31*	794.290	37,9	1,39*	818.452	
Videregående uddannelse	19,8	1 (ref.)	471.465	21,5	1 (ref.)	509.849	27,8	1 (ref.)	611.401	
SII**	-11,0			-11,8			-15,5			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 6.10.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

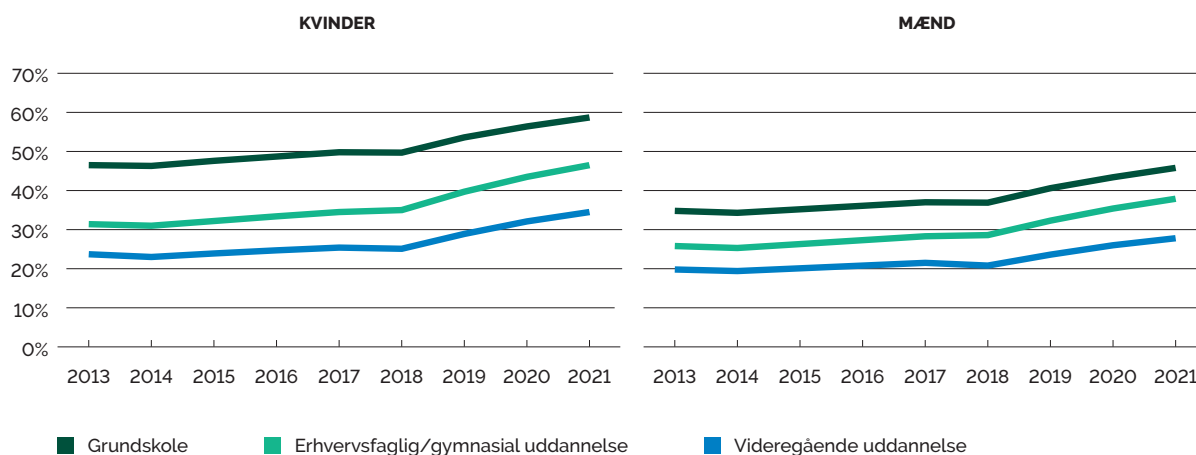
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 59 %, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder henholdsvis 47 % og 35 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 46 %, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder henholdsvis 38 % og 28 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 17 procentenheder blandt kvinder og 16 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.10.1

Andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 6.10.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 2 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

6.10.2 4 eller flere sygdomme

TABEL 6.10.2

Andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	9,7		3.453.114	10,7		3.498.217	15,5		3.722.693	
KVINDER	11,3		1.770.247	12,4		1.796.635	17,9		1.903.148	
Grundskole	19,1	1,83*	515.433	21,5	1,94*	467.498	28,9	1,93*	433.610	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9,8	1,33*	676.157	11,3	1,37*	685.969	18,5	1,44*	700.311	
Videregående uddannelse	6,2	1 (ref.)	578.657	6,8	1 (ref.)	643.168	11,2	1 (ref.)	769.227	
SII**	-7,5			-8,9			-12,6			< 0,01
MÆND	7,9		1.682.867	8,9		1.701.582	13,0		1.819.545	
Grundskole	11,9	1,73*	422.811	13,4	1,79*	397.443	18,9	1,87*	389.692	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,5	1,36*	788.591	8,7	1,38*	794.290	13,6	1,42*	818.452	
Videregående uddannelse	5,1	1 (ref.)	471.465	5,7	1 (ref.)	509.849	8,5	1 (ref.)	611.401	
SII**	-4,9			-5,7			-8,6			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.10.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

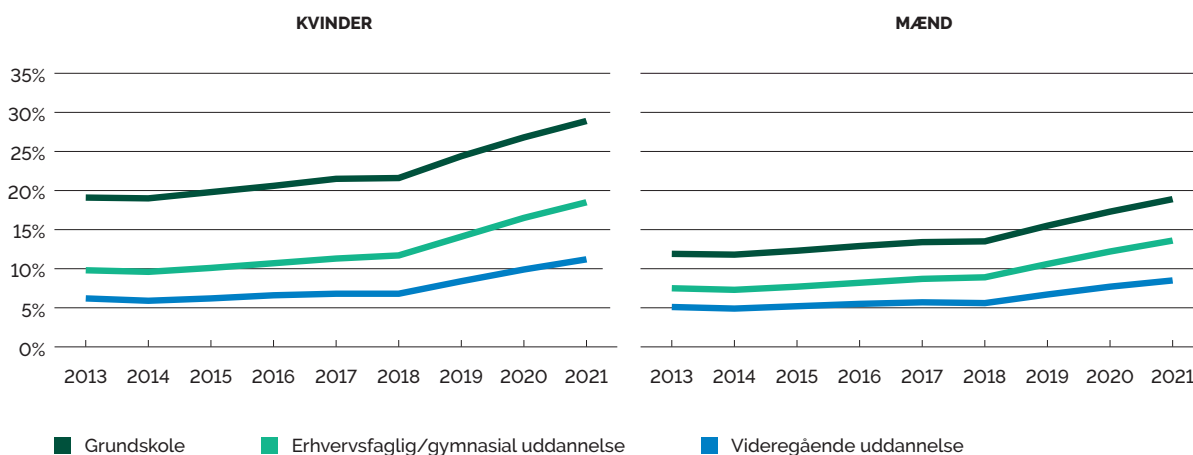
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 29 %, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder henholdsvis 19 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 19 %, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Det gælder henholdsvis 14 % og 8,5 % af mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 13 procentenheder blandt kvinder og 8,6 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.10.2

Andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 6.10.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

6.11 Tandsundhed hos voksne

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover.

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets sundhed, funktionsevne og livskvalitet.^{3,4} Sygdomme i tænder og mund kan medføre smerter eller ubehag og kan have en negativ indflydelse på vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse,⁴⁸ mentalt helbred⁴⁹ og sociale relationer.³ Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan desuden give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det for eksempel kan være svært at passe arbejde eller uddannelse.³ Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentlige udgifter til tandpleje og behandling, og god tand- og mundsundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse.⁵

Indikatoren tandsundhed hos voksne er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	81,9		11.346	82,5		10.557	82,8		9.045	
KVINDER	81,4		6.189	82,3		5.705	83,2		5.044	
Grundskole	59,5	0,24*	1.500	62,0	0,22*	1.222	61,4	0,20*	954	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	84,8	0,57*	2.417	85,6	0,59*	2.204	84,2	0,46*	1.831	
Videregående uddannelse	93,0	1 (ref.)	2.272	93,9	1 (ref.)	2.279	94,6	1 (ref.)	2.259	
SII**	23,7			24,7			25,3			0,08
MÆND	82,4		5.157	82,7		4.852	82,4		4.001	
Grundskole	62,4	0,20*	1.039	66,0	0,16*	948	64,7	0,21*	709	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	84,0	0,50*	2.506	83,5	0,34*	2.262	82,0	0,43*	1.831	
Videregående uddannelse	92,3	1 (ref.)	1.612	94,3	1 (ref.)	1.642	93,2	1 (ref.)	1.461	
SII**	24,6			27,7			26,1			0,67

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.11 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

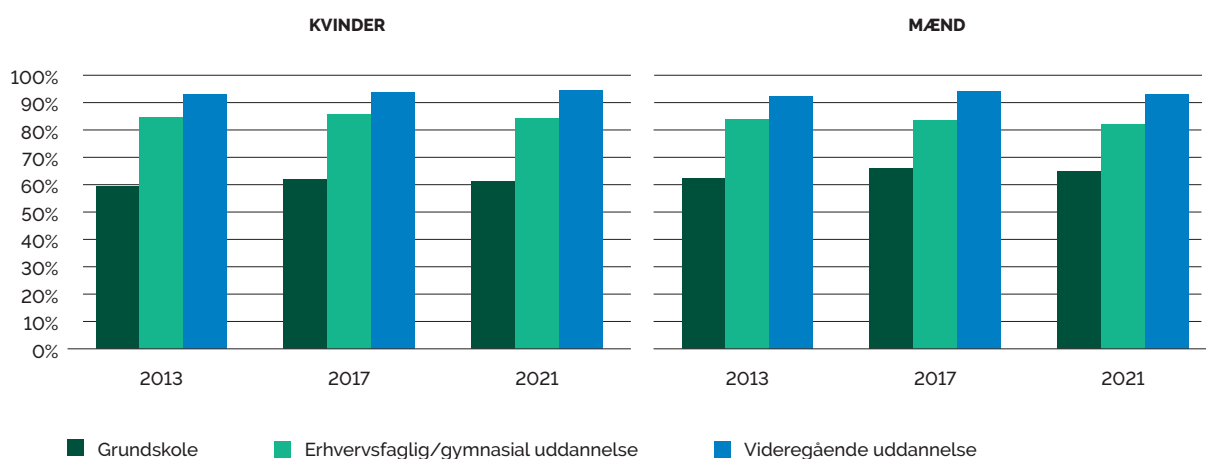
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 61%, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det gælder henholdsvis 84% og 95% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 65%, der har 20 eller flere naturlige tænder. Det gælder henholdsvis 82% og 93% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 25 procentenheder blandt kvinder og 26 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.11

Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 6.11 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

6.12 Faldulykker

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover.

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype for personer på 65 år eller derover. Faldulykernes andel af hjemme- og fritidsulykker i aldersgruppen stiger fra knap 60 % blandt 65-74-årige til 90 % blandt personer på 85 år eller derover. Med stigende alder fører faldulykker desuden oftere til knoglebrud, og særligt blandt kvinder er risikoen for hoftenære frakturer stor. Knogleskørhed (osteoporose) og fysisk inaktivitet er en medvirkende faktor til disse frakturer. Dødsfald blandt ældre som følge af fald er over 500 årligt.^{50, 51} Der er 44.000 ekstra årlige indlæggelser i forbindelse med faldulykker,⁵² og blandt personer på 65 år eller derover er hver femte indlæggelse relateret til en faldulykke. Faldulykker, der medfører hoftenære frakturer, fører ofte til nedsat førlighed og dermed betydelige udgifter til hjemmehjælp og andre offentlige ydelser.⁵²

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

TABEL 6.12

Andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	3,9		957.995	3,8		1.068.043	4,3		1.157.657	
KVINDER	4,7		521.086	4,7		577.684	5,3		623.816	
Grundskole	5,2	1,01	261.879	5,3	1,03	251.400	5,9	1,01	240.261	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,3	1,00	169.707	4,3	1,00	205.305	4,9	0,98	227.026	
Videregående uddannelse	4,2	1 (ref.)	89.500	4,1	1 (ref.)	120.979	4,7	1 (ref.)	156.529	
<i>SII**</i>	-0,1			-0,3			-0,1			0,24
MÆND	2,9		436.909	2,9		490.359	3,3		533.841	
Grundskole	3,3	1,09*	152.557	3,3	1,13*	149.039	3,8	1,10*	144.019	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	2,7	1,03	188.489	2,7	1,05*	222.304	3,2	1,04*	250.333	
Videregående uddannelse	2,6	1 (ref.)	95.863	2,6	1 (ref.)	119.016	3,0	1 (ref.)	139.489	
<i>SII**</i>	-0,3			-0,5			-0,4			0,18

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 6.12 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

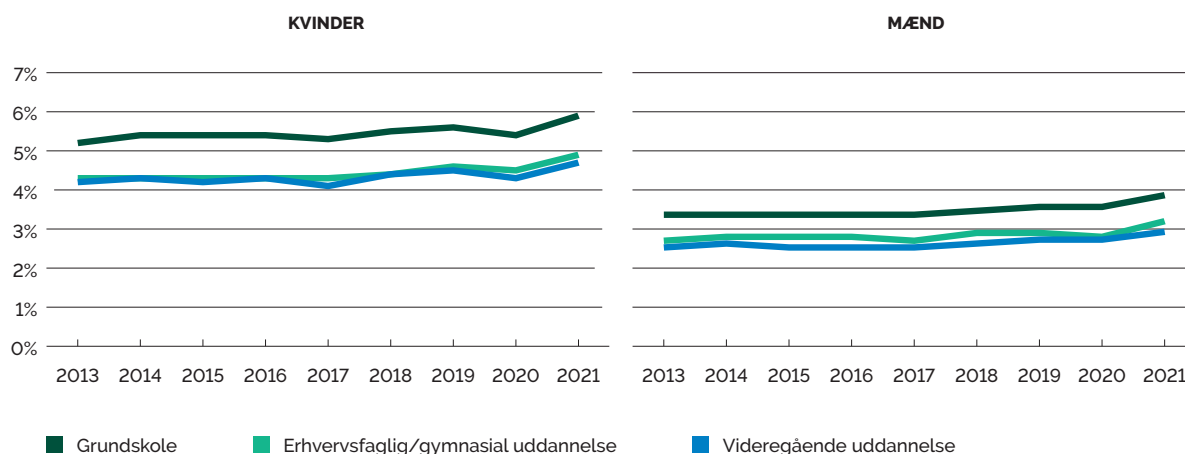
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 5,9%, der kommer til skade ved en faldulykke. Det gælder henholdsvis 4,9% og 4,7% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 3,8%, der kommer til skade ved en faldulykke. Det gælder henholdsvis 3,2% og 3,0% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, blandt kvinder ikke statistisk signifikant. Justeret for alder er der blandt mænd en statistisk signifikant sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, i alle tre år. Der ses blandt mænd en social gradient, hvor andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 0,4 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 6.12

Andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 6.12 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der kommer til skade ved en faldulykke, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021, mens der ikke ses en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved faldulykker, blandt kvinder i de tre år. Andelen, der kommer til skade ved faldulykker, er blandt mænd lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i sundhed inden for en række udvalgte somatiske sygdomme hos den voksne befolkning. For enkelte sygdomme (hjertekarsygdomme, KOL og kræft) har vi desuden set på konsekvenserne af somatisk sygdom i form af dødelighed og mistet beskæftigelse. Derudover har vi beskrevet ulighed i forhold til tandsundhed blandt voksne og faldulykker blandt ældre.

Vi har i dette kapitel beskrevet antallet af nye tilfælde af en række somatiske sygdomme. Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der et højere antal af nye tilfælde af type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL, lungekræft, tyk- og endetarmskræft og muskel-skelet-diagnoser end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og blandt mænd. Der ses også en højere forekomst af muskel-skelet-smerter blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse end blandt personer med videregående uddannelser. Blandt kvinder ses der en højere forekomst af nye tilfælde af demens i 2017 og 2021 blandt personer med grundskole sammenlignet med personer med videregående uddannelse, som længst fuldførte uddannelse, mens der for mænd udelukkende ses en social ulighed i demens i 2021.

For brystkræft gælder det, at der er et lavere antal nye tilfælde af brystkræft pr. 100.000 blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, end blandt kvinder med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse ses desuden en større andel med 2 eller flere og 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt og en lavere andel, der har 20 eller flere naturlige tænder, end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

Ud over de somatiske sygdomme har vi i dette kapitel beskrevet social ulighed i forhold til faldulykker blandt ældre. Blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en højere andel, der kommer til skade ved faldulykker, end blandt mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der ikke en social ulighed i andelen, der kommer til skade ved en faldulykke.

I forhold til udviklingen i den sociale ulighed ses der blandt mænd i perioden 2013-2021 en stigning i den sociale ulighed i antal nye tilfælde af muskel-skelet-diagnoser. For multisygdom ses en stigning i den sociale ulighed i andelen med 2 eller flere og 4 eller flere kroniske sygdomme samtidigt både blandt kvinder og blandt mænd i perioden 2013-2021.

Der ses ingen statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes og demens pr. 100.000 personer, i andelen der har smerter og ubehag i muskler og skelet, i andelen, der har 20 eller flere naturlige tænder eller i andelen, der kommer til skade ved faldulykker. Det er ikke muligt at sige noget om udviklingen i den sociale ulighed for iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL samt de tre kræftformer, da disse sygdomme kun er opgjort i to perioder.

Referencer

1. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2022.
2. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
3. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:126.
4. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-7.
5. Petersen PE, Davidsen M, Rosendahl Jensen H, Ekholm O, Illemann Christensen A. Trends in dentate status and preventive dental visits of the adult population in Denmark over 30 years (1987-2017). *Eur J Oral Sci*. 2021;129(5):e12809.
6. Sundhedsstyrelsen. Faldpatienter i den kliniske hverdag - Rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2006/Publ2006/CFF/Forebyg_fald/Faldptt_klin,-d-.pdf.ashx; 2006.
7. Hansen L, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Vestergaard P, Abrahamsen B, et al. Social inequality and fractures-secular trends in the Danish population: a case-control study. *Osteoporos Int*. 2018;29(10):2243-50.
8. Lægehåndbogen. Type 2-diabetes. Sundhed.dk: Sundhed.dk; 2024 [Citeret 14. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/type-2-diabetes/>.
9. Steno Diabetes Center Copenhagen. Diabetes demography, cardiometabolic risk factors, and acute- and chronic diabetes complications in a nationwide diabetes registry in Denmark. Steno Diabetes Center Copenhagen; 2020.
10. Ismail L, Materwala H, Al Kaabi J. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. *Comput Struct Biotechnol J*. 2021;19:1759-85.
11. Sibilitz KL, Olsen MH, Krarup NT, Sehested TSG. 34. Forebyggelse af hjertesygdom. *Behandlingsvejledning*. København: Dansk Cardiologisk Selskab; 2019.
12. Hjerteforeningen. Hjertetal - Iskæmisk hjertesygdom: nye tilfælde (18+ årige) 2022. Hjerteforeningen: Hjerteforeningen; 2024 [Citeret 19. november 2024]. Tilgængelig fra: https://hjerteforeningen.shinyapps.io/HjerteTal/?_inputs_&agCVD=%22age%22&bar=%22cvd%22&oCVD=%22d4%22&varCVD=%22v1%22&year=%222022%22.
13. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol*. 2019;234(10):16812-23.

14. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization; 2011.
15. Hankey GJ. Stroke. *Lancet*. 2017;389(10069):641-54.
16. Lægehåndbogen. KOL. Sundhed.dk: Sundhed.dk; 2024 [Citeret 14. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/>.
17. Jensen LF, Nielsen, K. Sygdomslære. 1 ed. København: Munksgaard; 2019.
18. Lange P, Tøttenborg SS, Sorknæs AD, Andersen JS, Søgaard M, Nielsen H, et al. Danish Register of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Epidemiol*. 2016;8:673-8.
19. Løkke A, Hilberg O, Tønnesen P, Ibsen R, Kjellberg J, Jennum P. Direct and indirect economic and health consequences of COPD in Denmark: a national register-based study: 1998-2010. *BMJ Open*. 2014;4(1):e004069.
20. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2023. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2024.
21. Lægehåndbogen. Brystkræft. Sundhed.dk: Sundhed.dk; 2024 [Citeret 13. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/brystsygdomme/tilstande-og-sygdomme/kvinder/brystkræft/>.
22. Schroeder T, Schulze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. København: Munksgaard; 2016.
23. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2022. 2023 [Citeret 2. september 2024]. Tilgængelig fra: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/doedsaarsager/doedsaarsagsregisteret_2022.pdf?la=da.
24. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Bray F, Gjerstorff ML, Klint A, et al. NordCAN--a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncol*. 2010;49(5):725-36.
25. Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schüz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):1989-95.
26. Mairey IP, Bihrmann K, Holmberg T, Davidsen M, Lassen TH. Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2022. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022.
27. Diseases GBD, Injuries C. 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.
28. Jensen HAR, Møller SR, Jezek AH, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Dankernes Sundhed 2023. København, Danmark: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2024.
29. Jørgensen M, Davidsen M, Tolstrup J. De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.
30. Nationalt Videnscenter for Demens. Tal og statistik om demens København: Nationalt Videnscenter for Demens; 2020 [Citeret 2. juli 2020]. Tilgængelig fra: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/>.

31. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark: Copenhagen: Danish Health Authority; 2015.
32. Nationalt Videnscenter for Demens. Omkostninger forbundet med demens. København 2018 [Citeret 12. august 2019]. Tilgængelig fra: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/omkostninger-forbundet-med-demens>.
33. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
34. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.
35. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -IT. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2015.
36. Lund Jensen N, Pedersen HS, Vestergaard M, Mercer SW, Glumer C, Prior A. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol.* 2017;9:279-89.
37. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
38. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS One.* 2019;14(8):e0214183.
39. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glumer C, Lasgaard M. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169426.
40. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019;53:100903.
41. Afdeling for Sundhedsanalyse. Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. København: Statens Serum Institut og National Sundhedsdokumentation og -IT; 2015.
42. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A national population study of the co-occurrence of multiple long-term conditions in people with multimorbidity, Denmark, 2013. *Prev Chronic Dis.* 2016;13:E12.
43. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health.* 2017;17(1):422.
44. Willadsen TG, Siersma V, Nicolaisdottir DR, Koster-Rasmussen R, Jarbol DE, Reventlow S, et al. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. *J Comorb.* 2018;8(1):2235042X18804063.
45. Alvarez-Galvez J, Ortega-Martin E, Carretero-Bravo J, Perez-Munoz C, Suarez-Lledo V, Ramos-Fiol B. Social determinants of multimorbidity patterns: A systematic review. *Front Public Health.* 2023;11:1081518.
46. Stockmarr A, Frølich A. Clusters from chronic conditions in the Danish adult population. *PLoS One.* 2024;19(4):e0302535.

47. Tazzeo C, Zucchelli A, Vetrano DL, Demurtas J, Smith L, Schoene D, et al. Risk factors for multimorbidity in adulthood: A systematic review. *Ageing Res Rev.* 2023;91:102039.
48. Touger-Decker R, Mobley C, Academy of N, Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: oral health and nutrition. *J acad nutr diet.* 2013;113(5):693-701.
49. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med.* 2015;77(1):83-92.
50. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2011;39(7 Suppl):26-9.
51. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2018. Tal og analyse: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
52. Strøbæk L, Flachs E, Ryd J, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskaide og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

7 | Kontakt med sundheds- væsenet



I dette kapitel beskrives en række indikatorer, som er relevante i forhold til at følge ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet, herunder deltagelse i screening for udvalgte kræfttyper (livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft), kontakt med praktiserende læge (almen og speciallæge) samt hjemmehjælp og sygeplejeydelser. Endvidere beskrives social ulighed i forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser samt førtidspension og mangel på social støtte.

I kontakten med sundhedsvæsenet er samspillet mellem den enkelte person og sundhedsvæsenet et centralt element. Den enkelte persons erfaringer fra tidligere kontakter, forventninger, viden om symptomer og sygdom samt sociale position har en afgørende betydning i kontakten med sundhedsvæsenet.¹⁻³ Omvendt har sundhedsvæsenets organisering en stor betydning for tilgangen af patienter.⁴ Samtidig spiller den enkelte persons behov for ydelser også en central rolle i kontakten med sundhedsvæsenet. Dette inkluderer den enkelte persons sundhedstilstand, oplevede behov og præferencer samt organisering, visitation og formidling af tilbud.¹⁻³ I rapporten er kontakt med praktiserende læge (almen og speciallæge) samt visiteret hjemmehjælp og modtaget sygeplejeydelser justeret for den enkeltes behov. Behov for ydelser fra sundhedsvæsenet er baseret på selvvurderet helbred, og begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet (såsom at gå flere etager på trapper og støvsuge).⁵ Ved vurderingen af social ulighed i kontakt med sundhedsvæsenet er der således taget hensyn til, at nogle personer har et større behov for ydelser fra sundhedsvæsenet end andre.

Deltagelse i screening tager i denne rapport udgangspunkt i screeningsprogrammerne for livmoderhalskræft, brystkræft og tyk- og endetarmskræft. Formålet med screeningsprogrammer er dels at opdage celleforandringer, så de kan behandles før de udvikler sig til kræft og dels at opdage og igangsætte behandling af kræft tidligere, inden symptomer viser sig.⁶⁻⁸ Deltagelsen i disse screeningsprogrammer er dog ikke ligeligt fordelt på forskellige subgrupper i befolkningen. Personer med længere uddannelse, som er i arbejde eller har højere indkomster, deltager i højere grad i kræftscreeninger.^{9,10}

I Danmark er den alment praktiserende læge ofte indgangen til resten af sundhedsvæsenet, en såkaldt gatekeeper, der fungerer som den primære kontakt og henviser borgere videre i sundhedsvæsenet, hvis behovet er der.¹¹ Brug af alment praktiserende læge varierer efter både indkomst og uddannelse, da folk med længere uddannelse eller højere indkomst bruger alment praktiserende læge mere end folk med kortere uddannelse eller lavere indkomst, selvom behovet er større for personer med lav socioøkonomisk position. Personer med længere uddannelse og højere indkomst har desuden kortere kørselsafstand til den alment praktiserende læge.^{4,12} I forhold til brug af sundhedsydelser i sygehusvæsenet, ses der social ulighed i hospitalskontakter, som vurderes at kunne være undgået ved forbedret social- og sundhedsindsats (f.eks. forebyggelige- og korttidsindlæggelser), hvor risikoen er størst blandt personer med kortest uddannelse og lavest indkomst.¹³ Blandt den ældre del af befolkningen, ses der socioøkonomiske forskelle i de gennemsnitlige forbrug af hjemmepleje- og sundhedsydelser, hvor forbruget falder med længere uddannelseslængde og højere indkomster.¹⁴

Sidst i kapitlet beskrives den social ulighed i andelen, der får tilkendt førtidspension, og andelen, der oplever mangel på social støtte. Personer, der tilkendes førtidspension, har ofte flere diagnoser og samtidig også sociale problemer¹⁵ og er i øget risiko for tidlig død.¹⁶ Overdødeligheden blandt personer, der tilkendes førtidspension, kan delvis forklares af den underliggende sygdom, generelle sundhedstilstand, sundhedsadfærd, økonomiske faktorer og faktorer relateret til personens sociale netværk.¹⁶ Social støtte kan ses som en ressource, der kan være mere eller mindre tilstede i ens sociale netværk i form af f.eks. følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp og økonomiske hjælp fra ens sociale relationer.¹⁷ Oplevelsen af manglende social støtte er associeret med dårlig sundhed, livskvalitet og trivsel.^{18,19} Studier har fundet, at social støtte kan moderere de negative sundhedseffekter forbundet med at have en lav socioøkonomisk position i samfundet.²⁰

7.1 Livmoderhalskræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft (cervical cancer), blandt kvinder på 30-64 år i 2013, 2017 og 2021.

Siden 2006 har der i Danmark været et landsdækkende screeningsprogram omfattende kvinder i alderen 23-64 år, som regelmæssigt får tilbudt at deltage i screening for livmoderhalskræft. Der findes to metoder til at identificere kvinder med risiko for livmoderhalskræft: Celle-baseret og HPV-baseret undersøgelse. I perioden 2006-2020 blev kvinder på 23-49 år inviteret hvert tredje år og kvinder på 50-64 år hvert femte år, og cytologisk undersøgelse blev anvendt som primær screeningsmetode til kvinder på 23-59 år, og HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder på 60-64 år.^{6, 21} Siden januar 2021 er der påbegyndt en gradvis implementering af HPV-baseret undersøgelse, og screeningsprogrammet har set ud som følger: Alle kvinder i aldersgruppen 23-29 år tilbydes en celle-baseret undersøgelse hvert tredje år, mens alle kvinder i alderen 60-64 år tilbydes HPV-baseret undersøgelse hvert femte år. Kvinder i alderen 30-59 år, født på en ulige dato, bliver hvert femte år tilbudt en HPV-baseret undersøgelse som første undersøgelse. Findes der HPV i prøven, bliver prøven også undersøgt for celleforandringer. Kvinder i aldersgruppen 30-59 år, født på en lige dato, bliver tilbudt en celle-baseret undersøgelse som tidligere. Af dem inviteres kvinder i alderen 30-49 år hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-59 år inviteres hvert femte år.^{6, 21, 22}

Indikatoren deltagelse i screening for livmoderhalskræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er deltagelse i screening for livmoderhalskræft begrænset til kvinder på 30-64 år, mens der i årsrapporten for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening indgår kvinder fra 23 år eller derover.²³ Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på længst fuldførte uddannelse i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	70,8		252.886	68,4		235.980	64,2		252.906	
Grundskole	58,5	0,45*	49.860	55,8	0,44*	39.834	47,4	0,38*	35.443	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	71,9	0,82*	102.561	67,9	0,74*	92.057	63,3	0,73*	90.929	
Videregående uddannelse	75,8	1 (ref.)	100.465	73,6	1 (ref.)	104.089	69,6	1 (ref.)	126.534	
<i>SII**</i>	<i>21,0</i>			<i>22,8</i>			<i>26,7</i>			<i>< 0,01</i>

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt kvinder på 30-64 år i 2013, 2017 og 2021.

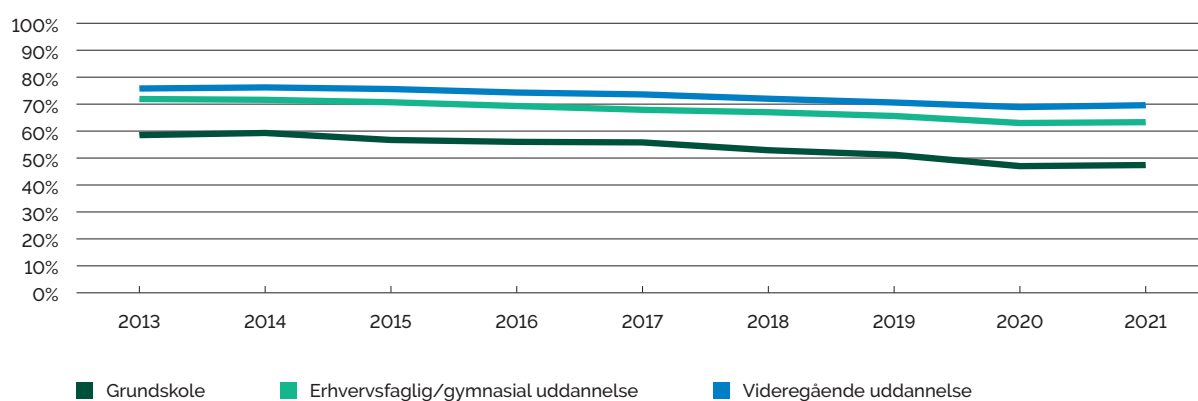
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 47 %, der deltager i screening for livmoderhalskræft. Det gælder henholdsvis 63 % og 70 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, statistisk signifikant i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 27 procentenheder i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.1

Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt de inviterede kvinder i alderen 30-64 år fordelt på længst fuldførte uddannelse i perioden 2013-2021.



Figur 7.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, blandt kvinder på 30-64 år i 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for livmoderhalskræft, i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der deltager i screening for livmoderhalskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.2 Brystkræftscreening

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft (mammografiscreening) i 4., 5., og 6. screeningsrunde, blandt kvinder på 50-69 år. De fem regioner har ikke brugt samme start- og slutdato for de fem screeningsrunder, der indtil nu er gennemført, og derfor opgøres screeningsdeltagelsen per screeningsrunde og ikke per år. Screeningsrunderne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Kvinder på 50-69 år bliver i Danmark hvert andet år tilbudt en mammografiscreening, som er en røntgenundersøgelse af brystet. Mammografiscreening nedsætter ikke risikoen for brystkræft, men kan afsløre kræft i tidligere faser – før symptomer og før sygdommen har spredt sig, hvilket øger sandsynligheden for at overleve sygdommen og kan betyde en mere skånsom behandling.⁷

Indikatoren deltagelse i screening for brystkræft er i denne rapport defineret på basis af information fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS), som er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft i 4., 5., og 6. screeningsrunde, blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på længst fuldførte uddannelse.

	Runde 4			Runde 5			Runde 6			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	82,2		639.097	83,5		631.540	83,4		638.915	
Grundskole	77,4	0,66*	172.775	78,4	0,63*	154.505	77,3	0,58*	142.931	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	84,1	1,02*	258.737	85,3	1,02	261.569	84,9	0,97*	266.852	
Videregående uddannelse	83,8	1 (ref.)	207.585	85,1	1 (ref.)	215.466	85,3	1 (ref.)	229.132	
SII**	8,6			8,5			9,8			0,39

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for brystkræft i 4., 5., og 6. screeningsrunde, blandt kvinder på 50-69 år.

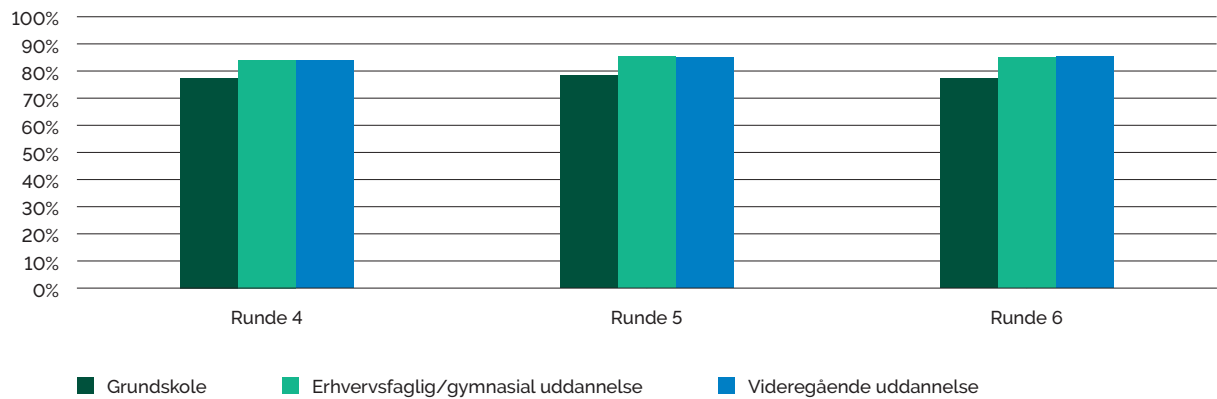
I 6. screeningsrunde er der blandt kvinder med grundskole 77 %, der deltager i screening for brystkræft. Det gælder 85 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for brystkræft, statistisk signifikant i alle tre screeningsrunder. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med længere fuldført uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for brystkræft, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 10 procentenheder ved screeningsrunde 6. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed fra 4. screeningsrunde til 6. screeningsrunde.

FIGUR 7.2

Andelen, der deltager i screening for brystkræft i 4., 5., og 6. screeningsrunde, blandt de inviterede kvinder på 50-69 år fordelt på længst fuldførte uddannelse.



Figur 7.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for brystkræft i 4., 5., og 6. screeningsrunde, blandt kvinder på 50-69 år.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen af kvinder, der deltager i screening for brystkræft i alle tre screeningsrunder (runde 4-6). Andelen, der deltager i screening for brystkræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed fra 4. screeningsrunde til 6. screeningsrunde.

7.3 Screening for tyk- og endetarmskræft

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft (colorektal cancer), blandt personer på 50-74 år.

Siden 2014 har alle personer på 50-74 år hvert andet år fået tilbud om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft. Formålet med screening for tyk- og endetarmskræft er dels at opdage og fjerne polypper, så de ikke udvikler sig til kræft, samt dels at opdage kræft tidligere med bedre behandlingsmuligheder og prognose til følge. Screening for tyk- og endetarmskræft foretages ved en undersøgelse af afføringen for indhold af blod. Påvises der blod i afføringen, tilbydes personen yderligere undersøgelse i form af en kikkertundersøgelse af tarmen.⁸

Indikatoren deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret som andelen, der indsender en afføringsprøve, ud af det samlede antal inviterede personer, på basis af information fra Dansk Tarmkræftscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tabel 7.3 Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på længst fuldførte uddannelse i 2014, 2017 og 2021.

TABEL 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på længst fuldførte uddannelse i 2014, 2017 og 2021.

	2014			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	66,2		293.831	61,3		501.422	62,2		775.664	
KVINDER	69,2		150.241	65,1		253.776	66,9		392.151	
Grundskole	63,8	0,68*	50.456	59,6	0,69*	73.951	60,0	0,61*	90.783	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	71,6	0,97*	56.945	67,1	0,97*	101.570	68,2	0,92*	161.977	
Videregående uddannelse	72,3	1 (ref.)	42.840	67,7	1 (ref.)	78.255	69,8	1 (ref.)	139.391	
SII**	12,2			11,9			14,0			< 0,01
MÆND	63,1		143.590	57,5		247.646	57,5		383.513	
Grundskole	56,6	0,63*	38.001	49,9	0,60*	60.400	48,1	0,53*	84.687	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	64,7	0,91*	67.967	58,8	0,88*	120.708	58,4	0,81*	187.201	
Videregående uddannelse	66,7	1 (ref.)	37.622	61,9	1 (ref.)	66.538	63,1	1 (ref.)	111.625	
SII**	14,6			16,2			19,8			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem længst og kortest fuldførte uddannelselængst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt kvinder og mænd på 50-74 år i 2014, 2017 og 2021.

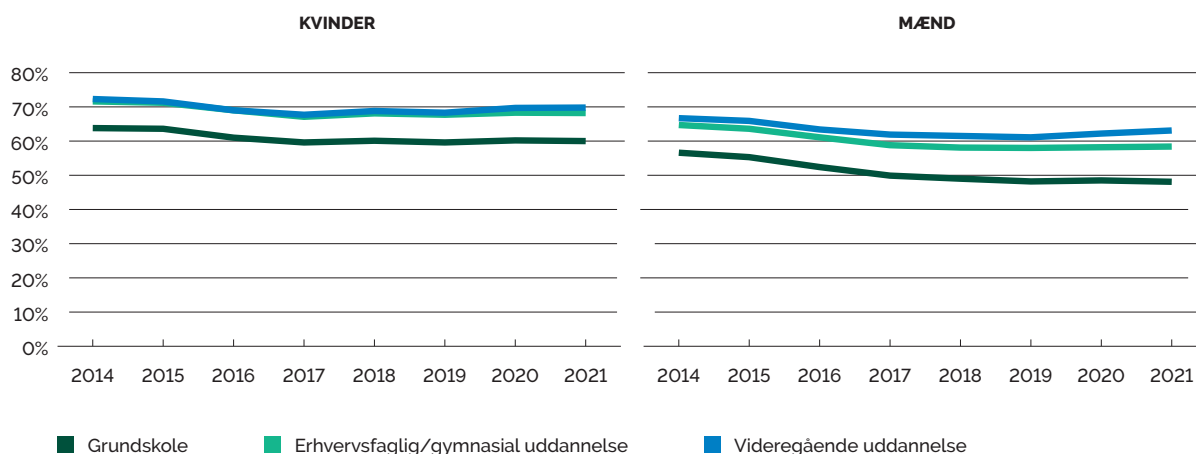
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 60 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft. Det gælder henholdsvis 68 % og 70 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 48 %, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft. Det gælder henholdsvis 58 % og 63 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 14 procentenheder blandt kvinder og 20 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2014-2021.

FIGUR 7.3

Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt de inviterede kvinder og mænd på 50-74 år fordelt på længst fuldførte uddannelse i perioden 2014-2021.



Figur 7.3 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, blandt kvinder og mænd på 50-74 år i perioden 2014-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2014, 2017 og 2021. Andelen, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2014-2021.

7.4 Brug af sundhedsydelser justeret for behov

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og brug af sundhedsydelser i praksissektoren på basis af kontakt til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge blandt personer på 30 år eller derover.

Sundhedsydelser i praksissektoren er karakteriseret ved ydelser inden for blandt andet almen praksis, speciallæge og fysioterapi.²⁴ Almen praksis er det sted, en patient skal henvende sig først ved ikke-livstruende sygdom. Hvis problemstillingen ikke kan løses hos den alment praktiserende læge, har den praktiserende læge ansvaret for at viderehenvise til en anden mere specialiseret behandling. Denne rolle kaldes for gatekeeper.¹¹ Hovedparten af alle danskere benytter sundhedsydelser i praksissektoren. I 2021 modtog ca. 5,1 mio. personer – svarende til 87 % af befolkningen, behandling i almen praksis. I samme periode modtog 32 % behandling i speciallægepraksis.²⁵

Indikatorerne kontakt til praktiserende læge og kontakt til praktiserende speciallæge er justeret for behov. I denne rapport er kontakter defineret på basis af information fra Sygesikringsregisteret. Behovet for sundhedsydelser er defineret på basis af selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.4.1 Kontakt til almen praktiserende læge

TABEL 7.4.1

Andelen, der har kontakt til en alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	125.065			139.138			141.760			
KVINDER	66.716			74.500			77.044			
Grundskole	93,4	0,98	16.270	93,1	1,02	15.968	93,4	0,90*	14.704	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	93,3	1,11*	26.294	93,0	1,09*	29.631	93,3	1,06	29.768	
Videregående uddannelse	93,2	1 (ref.)	24.152	93,0	1 (ref.)	28.901	93,2	1 (ref.)	32.572	
SII**	-0,2			-0,2			-0,3			0,79
MÆND	58.349			64.638			64.716			
Grundskole	81,4	1,07	12.327	81,9	1,08*	12.875	82,9	1,02	11.802	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,5	1,13*	28.047	81,5	1,10*	30.714	82,5	0,99	30.404	
Videregående uddannelse	80,7	1 (ref.)	17.975	80,7	1 (ref.)	21.049	81,6	1 (ref.)	22.510	
SII**	-1,1			-1,7			-1,8			0,20

§ OR er justeret for alder og behov for brug af alment praktiserende læge defineret på basis af selv vurderet helbred, fysisk aktivitet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for behov for brug af alment praktiserende læge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021, justeret for behov.

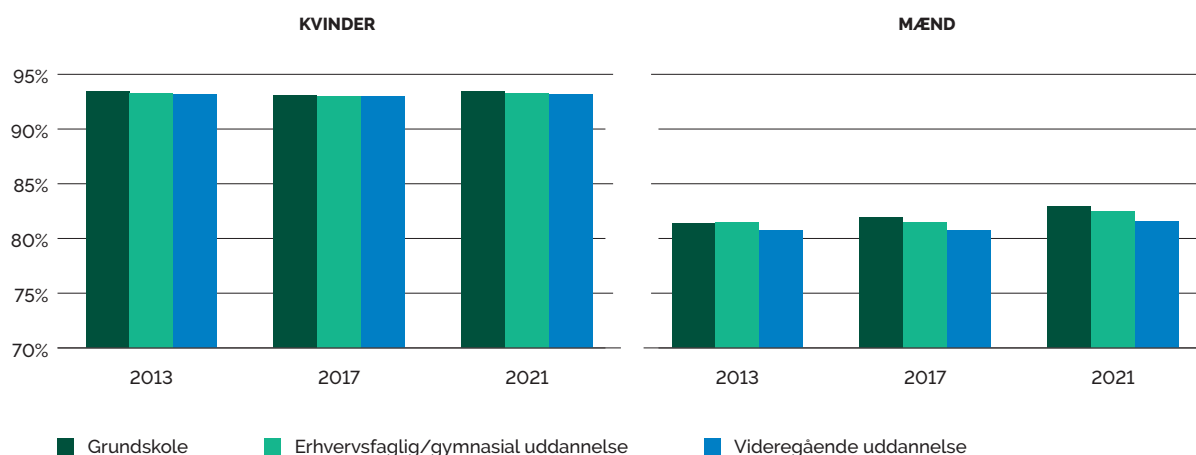
I 2021 er der blandt kvinder uanset uddannelseslængde 93 %, der har kontakt til alment praktiserende læge i 2021, justeret for behov. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 83 %, der har kontakt til alment praktiserende læge, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 83 % og 82 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til praktiserende læge, statistisk signifikant blandt kvinder i 2021 og blandt mænd i 2017. Der ses en social gradient, hvor andelen af kvinder, der har kontakt til praktiserende læge, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en statistisk signifikant sammenhæng blandt kvinder i 2013 og 2017. Blandt mænd ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende læge, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en statistisk signifikant sammenhæng blandt mænd i 2013 og 2021.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende læge, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 0,3 procentenhed blandt kvinder i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.4.1

Andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme



Figur 7.4.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge, i henholdsvis 2021 blandt kvinder og 2017 blandt mænd. Blandt kvinder i 2021 er andelen, der har haft kontakt med alment praktiserende læge, højere med længere fuldførte uddannelse. Blandt mænd i 2017 er andelen, der har haft kontakt med alment praktiserende læge, lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.4.2 Kontakt til praktiserende speciallæge

TABEL 7.4.2

Andelen, der har kontakt til en praktiserende speciallæge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er justeret for behov defineret på basis af selvvalueret helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	125.065			139.138			141.760			
KVINDER	66.716			74.500			77.044			
Grundskole	43,9	0,80*	16.270	45,0	0,77*	15.968	44,1	0,81*	14.704	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	43,7	0,92*	26.294	44,6	0,87*	29.631	43,9	0,92*	29.768	
Videregående uddannelse	43,4	1 (ref.)	24.152	44,2	1 (ref.)	28.901	43,3	1 (ref.)	32.572	
<i>SII**</i>	-0,8			-1,1			-1,2			0,17
MÆND	58.349			64.638			64.716			
Grundskole	28,3	0,82*	12.327	30,6	0,80*	12.875	30,0	0,79*	11.802	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	28,6	0,88*	28.047	30,3	0,89*	30.714	29,8	0,85*	30.404	
Videregående uddannelse	27,7	1 (ref.)	17.975	29,1	1 (ref.)	21.049	28,5	1 (ref.)	22.510	
<i>SII**</i>	-1,0			-2,1			-2,4			0,22

§ OR er justeret for alder og behov for brug af praktiserende speciallæge defineret på basis af selvvalueret helbred, fysisk aktivitet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for behov for brug af praktiserende speciallæge. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.4.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021, justeret for behov.

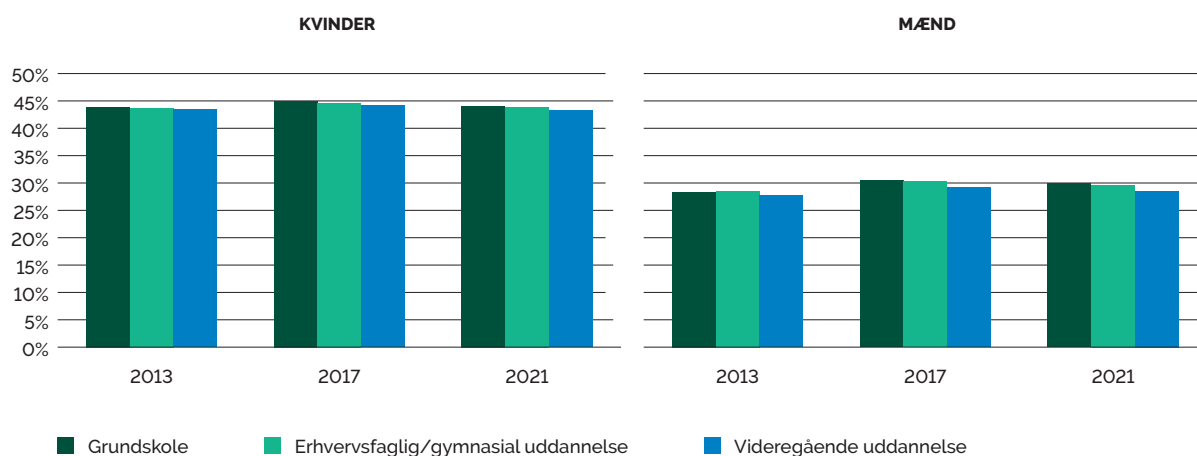
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 44 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 44 % og 43 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 30 %, der har kontakt til praktiserende speciallæge, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 30 % og 29 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er højere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 1,2 procentenheder blandt kvinder og 2,4 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.4.2

Andelen, der har kontakt til en praktiserende speciallæge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.4.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021, justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der har kontakt til praktiserende speciallæge, er højere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.5 Forebyggelige indlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, blandt personer på 65 år eller derover i 2013-2021.

Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser blandt personer på 65 år eller derover, hvor den primære diagnose er dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, knoglebrud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold eller tryksår.^{26, 27} Forebyggelige indlæggelser indebærer, at indlæggelsen potentielt kunne være forebygget oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats eller en indsats fra den alment praktiserende læge. At en indlæggelse er forebyggelig, betyder imidlertid ikke, at tilstanden ikke er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor personen indlægges.²⁶

Indikatoren forebyggelige indlæggelser er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.5

Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013-2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	7,2		957.995	7,0		1.068.043	6,0		1.157.657	
KVINDER	7,5		521.086	7,3		577.684	6,3		623.816	
Grundskole	9,1	1,47*	261.879	9,3	1,50*	251.400	8,2	1,48*	240.261	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,2	1,19*	169.707	6,1	1,20*	205.305	5,6	1,19*	227.026	
Videregående uddannelse	5,1	1 (ref.)	89.500	4,9	1 (ref.)	120.979	4,3	1 (ref.)	156.529	
<i>SII**</i>	-3,5			-3,6			-3,1			0,49
MÆND	6,8		436.909	6,8		490.359	5,7		533.841	
Grundskole	8,6	1,56*	152.557	8,9	1,59*	149.039	7,7	1,66*	144.019	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,4	1,32*	188.489	6,3	1,31*	222.304	5,5	1,34*	250.333	
Videregående uddannelse	4,8	1 (ref.)	95.863	4,9	1 (ref.)	119.016	4,1	1 (ref.)	139.489	
<i>SII**</i>	-3,5			-3,8			-3,6			0,43

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.5 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

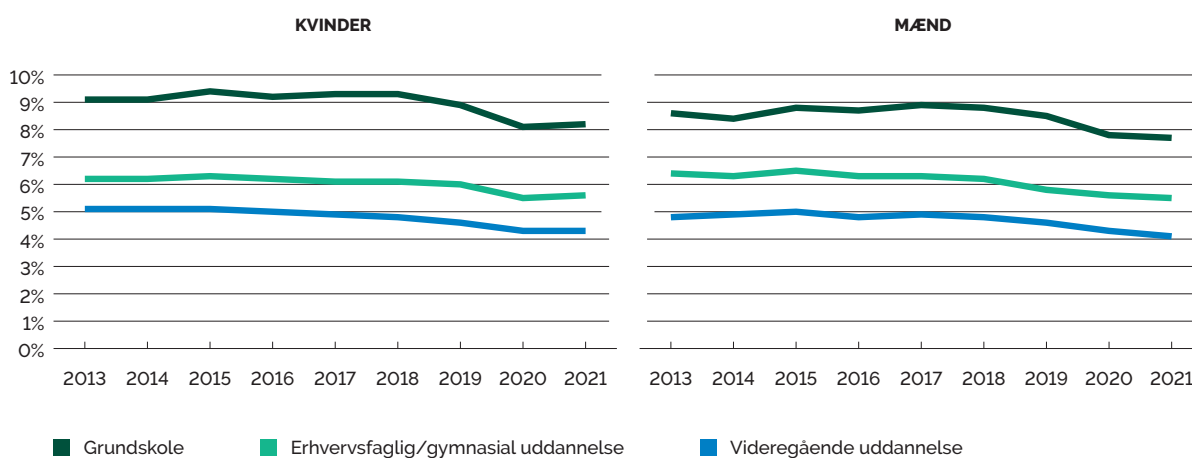
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 8,2 %, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget. Det gælder henholdsvis 5,6 % og 4,3 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 7,7 %, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne have været forebygget. Det gælder henholdsvis 5,5 % og 4,1 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 3,1 procentenheder blandt kvinder og 3,6 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.5

Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 7.5 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der indlægges, hvor indlæggelsen kunne være forebygget, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.6 Korttidsindlæggelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, blandt personer på 30 år eller derover.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser defineres som ikke-planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse.²⁶ Disse indlæggelser er særligt udbredte blandt ældre personer og personer med kronisk sygdom og er ofte kendetegnet ved, at patienten har kontakt til kommunen gennem pleje eller praktisk bistand eller kontakt til praktiserende læge kort forud for indlæggelsen.²⁸

Indikatoren akut medicinsk korttidsindlæggelse er i denne rapport defineret på basis af informationer fra Landspatientregistret (LPR). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.6

Andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	4,1		3.453.116	5,5		3.498.248	5,0		3.722.742	
KVINDER	4,0		1.770.248	5,3		1.796.644	4,9		1.903.154	
Grundskole	6,0	1,56*	515.434	8,5	1,66*	467.507	8,2	1,67*	433.616	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	3,6	1,27*	676.157	5,0	1,32*	685.969	4,9	1,34*	700.311	
Videregående uddannelse	2,6	1 (ref.)	578.657	3,4	1 (ref.)	643.168	3,0	1 (ref.)	769.227	
SII**	-2,2			-3,3			-3,2			0,06
MÆND	4,2		1.682.868	5,6		1.701.604	5,1		1.819.588	
Grundskole	5,9	1,53*	422.812	8,1	1,69*	397.465	7,5	1,71*	389.735	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,0	1,22*	788.591	5,5	1,33*	794.290	5,2	1,31*	818.452	
Videregående uddannelse	3,1	1 (ref.)	471.465	3,9	1 (ref.)	509.849	3,5	1 (ref.)	611.401	
SII**	-2,3			-3,6			-3,4			0,12

* § OR er justeret for alder

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.6 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

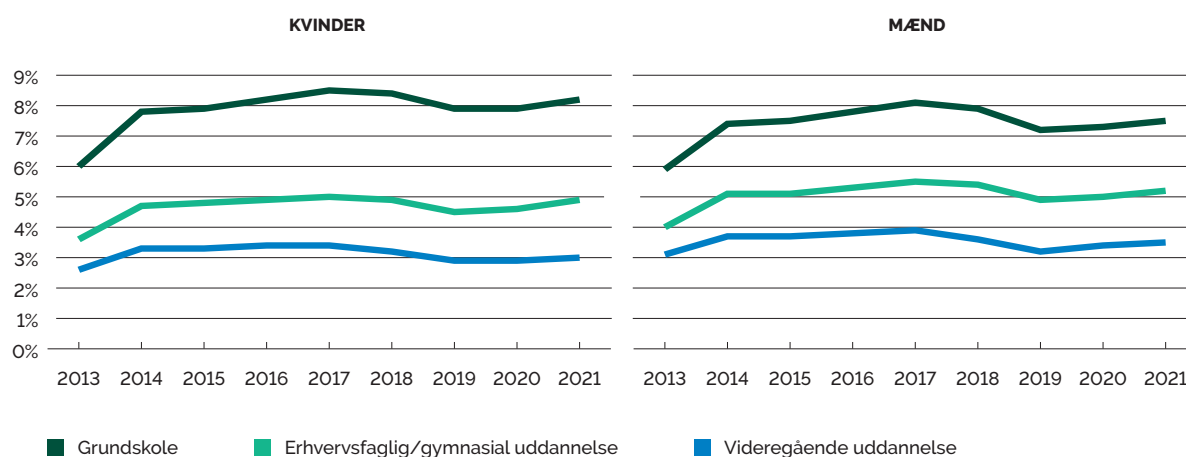
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 8,2 %, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse. Det gælder henholdsvis 4,9 % og 3,0 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 7,5 %, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse. Det gælder henholdsvis 5,2 % og 3,5 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 3,2 procentenheder blandt kvinder og 3,4 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.6

Andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.



Figur 7.6 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2013-2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat grad af social ulighed i andelen, der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen der har haft en akut medicinsk korttidsindlæggelse, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.7 Visiteret hjemmehjælp

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til hjemmehjælp, blandt personer på 65 år eller derover.

Hjemmehjælp omfatter personlig pleje, praktisk hjælp og madservice. Personlig pleje er for eksempel hjælp til at komme i bad, til at få tøj på eller til at spise, og praktisk hjælp er for eksempel rengøring, hjælp til tøjvask eller indkøb. Hjemmehjælp gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Visitationen foregår efter en konkret og individuel vurdering. Hjemmehjælp kan altså være både kortere eller længerevarende. I 2018 blev 120.000 ældre (67 år eller derover) visiteret til hjemmepleje.²⁹

Indikatorerne personlig pleje og praktisk hjælp er justeret for behov. I denne rapport er hjemmehjælp defineret på basis af information fra registret Ældredokumentation. Behov for hjemmehjælp er defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Bilag 1.

7.7.1 Personlig pleje

TABEL 7.7.1

Andelen, der er visiteret til personlig pleje, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til personlig pleje, er justeret for behov defineret på basis af selvvrderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE			38.953			45.988			52.866	
KVINDER			20.005			23.584			27.573	
Grundskole	8,9	1,43*	8.683	8,2	1,16	8.431	7,6	1,44*	8.758	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	8,2	1,24	7.169	7,8	1,00	9.087	7,0	1,11	10.683	
Videregående uddannelse	8,0	1 (ref.)	4.153	7,8	1 (ref.)	6.066	6,9	1 (ref.)	8.132	
<i>SII**</i>	-1,4			-0,6			-1,0			0,66
MÆND			18.948			22.404			25.293	
Grundskole	5,4	1,09	5.689	4,8	1,06	5.865	4,7	1,08	5.874	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,2	0,91	8.554	4,8	1,04	10.266	4,7	0,82	12.101	
Videregående uddannelse	5,2	1 (ref.)	4.705	4,7	1 (ref.)	6.273	4,6	1 (ref.)	7.318	
<i>SII**</i>	-0,3			-0,2			-0,2			0,36

§ OR er justeret for alder og behov for personlig pleje defineret på basis af selvvrderet helbred, fysisk aktivitet og langvarige sygdomme

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.7.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021 justeret for behov.

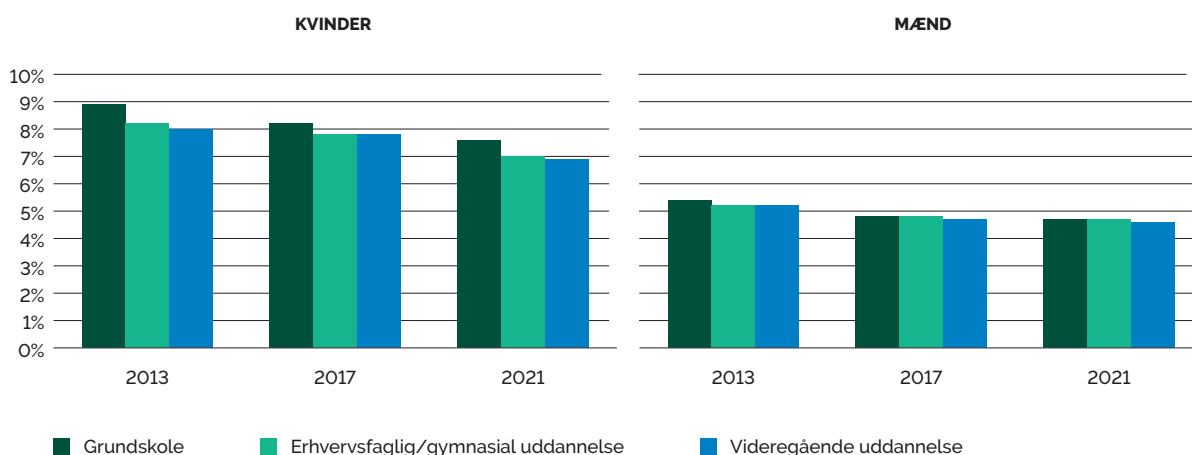
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 7,6 %, der er visiteret til personlig pleje, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 7,0 % og 6,9 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 4,7 %, der er visiteret til personlig pleje, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 4,7 % og 4,6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til personlig pleje, statistisk signifikant blandt kvinder i 2013 og 2021, men ikke i 2017. I 2013 og 2021 ses der en social gradient, hvor andelen, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til personlig pleje, ikke statistisk signifikant blandt mænd.

Den sociale ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 1,0 procentenheder blandt kvinder i 2021. Der ses ikke er statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.7.1

Andelen, der er visiteret til personlig pleje, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til personlig pleje, er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.1 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt kvinder i årene 2013 og 2021. Andelen af kvinder, der er visiteret til personlig pleje, er lavere med højere fuldførte uddannelse. Der ses ikke social ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, blandt mænd. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.7.2 Praktisk hjælp

TABEL 7.7.2

Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er justeret for behov defineret på basis af selvvrderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	38.953			45.988			52.866			
KVINDER	20.005			23.584			27.573			
Grundskole	16,5	1,28*	8.683	13,6	1,16	8.431	14,4	1,26*	8.758	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	15,5	1,31*	7.169	13,3	1,15	9.087	13,6	1,13	10.683	
Videregående uddannelse	15,2	1 (ref.)	4.153	13,1	1 (ref.)	6.066	13,5	1 (ref.)	8.132	
<i>SII**</i>	-2,0			-0,7			-1,4			0,71
MÆND	18.948			22.404			25.293			
Grundskole	7,6	1,43*	5.689	6,4	1,35*	5.865	7,0	1,38*	5.874	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,4	1,29*	8.554	6,3	1,15	10.266	7,0	1,06	12.101	
Videregående uddannelse	7,3	1 (ref.)	4.705	6,2	1 (ref.)	6.273	6,8	1 (ref.)	7.318	
<i>SII**</i>	-0,4			-0,2			-0,3			0,58

§ OR er justeret for alder og behov for praktisk hjælp defineret på basis af selvvrderet helbred, fysisk aktivitet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for behov. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.7.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021 justeret for behov.

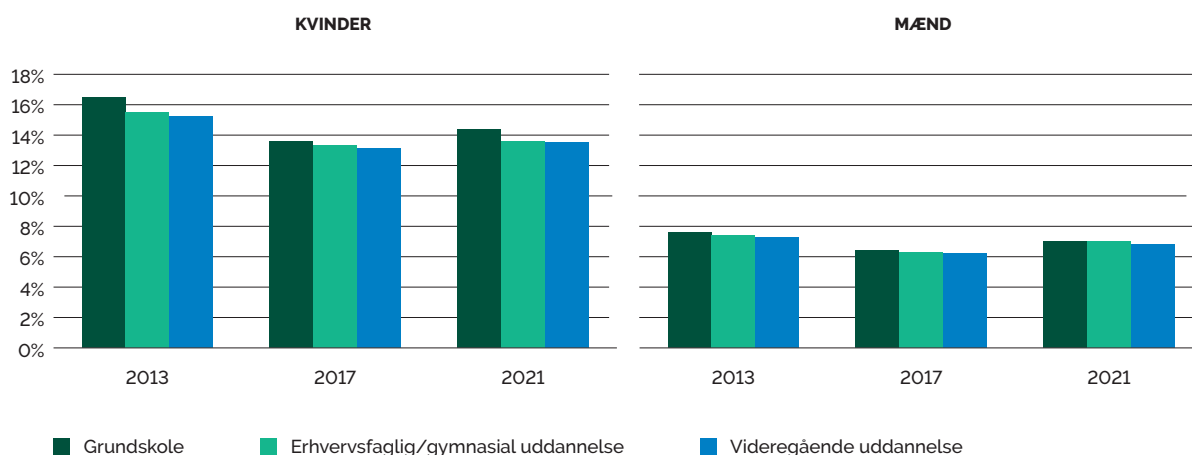
I 2021 er der blandt kvinder uanset uddannelseslængde 14 %, der er visiteret til praktisk hjælp, justeret for behov. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 7,0 %, der er visiteret til praktisk hjælp, justeret for behov. Det gælder henholdsvis 7,0 % og 6,8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder og behov er sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, statistisk signifikant blandt kvinder i 2013 og 2021 og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 1,4 procentenheder blandt kvinder og 0,3 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.7.2

Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.7.2 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021, justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav grad af social ulighed i andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, blandt kvinder i årene 2013 og 2021 og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der er visiteret til praktisk hjælp, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.8 Kommunale sygeplejeydelser

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager kommunal hjemmesygepleje, blandt personer på 65 år eller derover.

Kommunal sygepleje er ydelser fra sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter/hjælpere, der enten kan leveres i kommunale sygeplejeklinikker eller i eget hjem på baggrund af sundhedsloven.

Indikatoren modtaget kommunal hjemmesygepleje er justeret for behov. I denne rapport er kommunale sygeplejeydelser defineret på basis af information fra registrene Hjemmesygepleje og Ældredokumentation. Kommunale sygeplejeydelser er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme. Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.8

Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er justeret for behov defineret på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE			38.953			45.988			52.866	
KVINDER			20.005			23.584			27.573	
Grundskole	6,6	1,84*	8.683	10,7	1,47*	8.431	16,1	1,52*	8.758	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	6,0	1,30	7.169	10,4	1,16	9.087	15,3	1,12	10.683	
Videregående uddannelse	5,8	1 (ref.)	4.153	10,3	1 (ref.)	6.066	15,1	1 (ref.)	8.132	
SII**	-1,2			-0,6			-1,4			0,85
MÆND			18.948			22.404			25.293	
Grundskole	4,8	1,66*	5.689	8,6	1,44*	5.865	13,0	1,40*	5.874	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,6	1,18	8.554	8,6	1,20*	10.266	13,1	1,10	12.101	
Videregående uddannelse	4,5	1 (ref.)	4.705	8,5	1 (ref.)	6.273	12,8	1 (ref.)	7.318	
SII**	-0,4			-0,2			-0,4			0,92

§ OR er justeret for alder og behov for kommunale sygeplejeydelser defineret på basis af selv vurderet helbred, fysisk aktivitet og langvarige sygdomme.

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for behov for kommunale sygeplejeydelser. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning

Tabel 7.8 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021, justeret for behov.

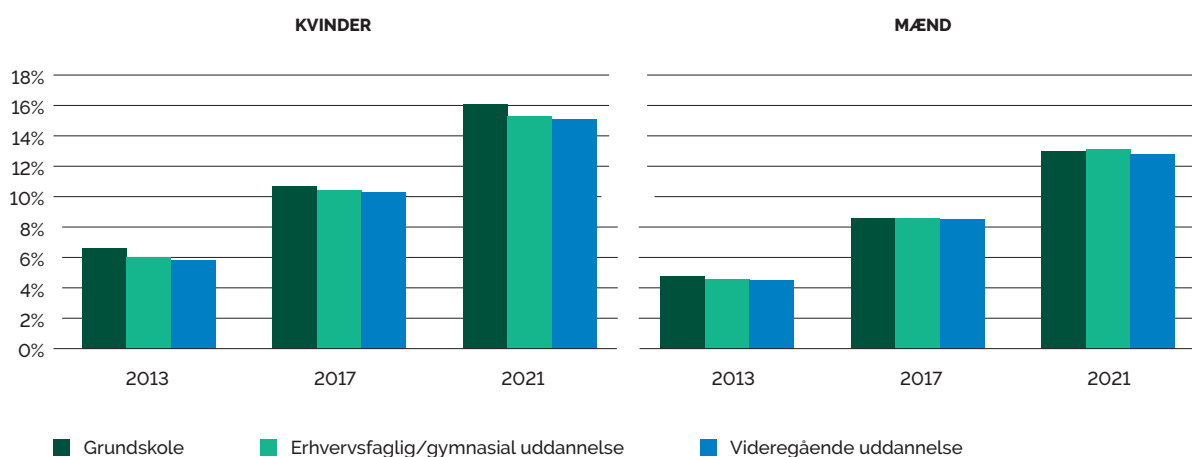
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 16 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser, justeret for behov. Det gælder 15 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd uanset uddannelseslængde 13 %, der modtager kommunale sygeplejeydelser, justeret for behov.

Justeret for alder og behov er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 1,4 procentenheder blandt kvinder og 0,4 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.8

Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021. Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er justeret for behov på basis af selv vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet og langvarige sygdomme.



Figur 7.8 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, fordelt på blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover i 2013, 2017 og 2021 justeret for behov.

Sammenfatning

Der ses en lav til moderat grad af social ulighed i andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der modtager kommunale sygeplejeydelser, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

7.9 Førtidspension

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager førtidspension, blandt personer på 30-64 år.

Førtidspension kan tilkendes til personer i alderen fra 40 år og til folkepensionsalderen, som har en varig og væsentligt nedsat arbejdsevne. Personer i alderen 18-39 år kan få førtidspension i særlige tilfælde.¹⁵ Førtidspension tilkendes på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede ressourcer, kompetencer og udviklingsmuligheder. Personer, der tilkendes førtidspension, har ofte flere diagnoser og samtidig også sociale problemer.¹⁵

De hyppigste årsager til tilkendelse af førtidspension er psykiske lidelser og bevægeapparat sygdomme. I 2016 udgjorde andelen af tilkendelser på grundlag af psykiske lidelser 43 %, mens tilkendelser på grundlag af bevægeapparat sygdomme udgjorde 16 %.¹⁵

Undersøgelser viser en overdødelighed blandt førtidspensionerede sammenlignet med ikke-førtidspensionerede og peger på, at den underliggende sygdom, som førtidspensionen er tilkendt på grundlag af, kun delvist kan forklare denne overdødelighed.^{16, 30} Andre forklarende faktorer kan for eksempel være social isolation og sundhedsadfærd.^{16, 30}

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

TABEL 7.9

Andel, der modtager førtidspension, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30-64 år i 2001, 2011 og 2021.

	2001			2011			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	8,5		2.515.433	8,6		2.550.774	7,9		2.564.571	
KVINDER	9,9		1.246.832	9,5		1.274.975	8,7		1.279.162	
Grundskole	20,5	6,81*	409.381	24,2	7,46*	279.542	28,2	11,04*	193.321	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,9	1,93*	498.136	7,2	1,98*	521.574	8,2	2,43*	473.249	
Videregående uddannelse	3,1	1 (ref.)	339.315	3,6	1 (ref.)	473.859	3,0	1 (ref.)	612.592	
<i>SII**</i>	-22,6			-23,7			-25,7			< 0,01
MÆND	7,2		1.268.601	7,6		1.275.799	7,1		1.285.409	
Grundskole	15,2	7,72*	350.667	18,1	7,56*	285.557	20,5	11,49*	245.646	
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	5,1	2,38*	611.024	5,8	2,11*	617.035	5,6	2,59*	568.039	
Videregående uddannelse	2,2	1 (ref.)	306.910	2,7	1 (ref.)	373.207	2,0	1 (ref.)	471.724	
<i>SII**</i>	-17,3			-18,8			-20,9			< 0,01

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant

** SII: Ulighed i andelen, der modtager førtidspension, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.9 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager førtidspension, blandt kvinder og mænd på 30-64 år i 2001, 2011 og 2021.

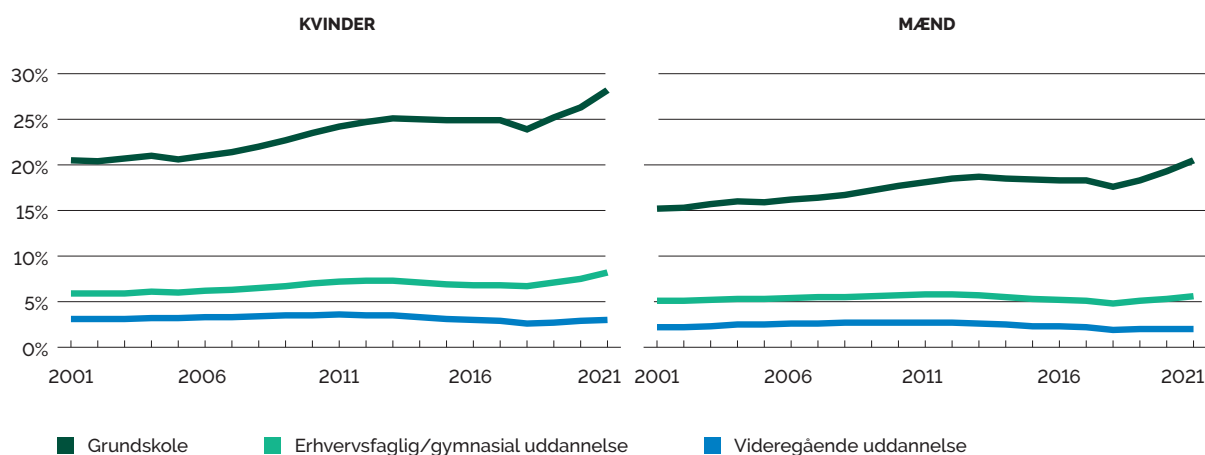
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 28 %, der modtager førtidspension. Det gælder henholdsvis 8,2 % og 3,0 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 20 %, der modtager førtidspension. Det gælder henholdsvis 5,6 % og 2,0 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager førtidspension, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der modtager førtidspension, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der modtager førtidspension, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest uddannelse (SII), er 26 procentenheder blandt kvinder og 21 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

FIGUR 7.9

Andel, der modtager førtidspension, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30-64 år i perioden 2001-2021.



Figur 7.9 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der modtager førtidspension, blandt kvinder og mænd på 30-64 år i perioden 2001-2021.

Sammenfatning

Der ses en høj grad af social ulighed i andelen, der modtager førtidspension, både blandt kvinder og blandt mænd i årene 2001, 2011 og 2021. Andelen, der modtager førtidspension, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 2001-2021.

7.10 Mangel på social støtte

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af social støtte, blandt personer på 30 år eller derover.

Social støtte er en oplevelse af, at nogen bekymrer sig om én, at man har adgang til hjælp fra andre mennesker, og at man er del af et positivt socialt netværk.³¹ Social støtte kan være praktisk, følelsesmæssig og faglig støtte, som kan komme fra familie, venner, kolleger eller nærmeste leder.

Hvis personer oplever deres sociale relationer som mangelfulde eller belastende, kan det have alvorlige, negative implikationer for deres helbred, livskvalitet og trivsel.¹⁹ Mangelfuld social støtte er således en kendt determinant for højere sygelighed og dødelighed.^{18, 32} Den negative indflydelse på helbredet skyldes blandt andet, at mangel på social støtte har negative implikationer på blandt andet immunsystemets og kardi-ovaskulære funktioner.¹⁸ Samtidigt peger flere undersøgelser på, at lav grad af social støtte øger risikoen for tidlig død, særligt gennem hjertekarsygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som for eksempel højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og rygning.^{19, 33}

Indikatoren social støtte er i denne rapport defineret på basis af svarkategorierne for spørgsmål herom fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2013, 2017, 2021). Indikatoren er nærmere beskrevet i Bilag 1.

TABEL 7.10

Andelen, der oplever lav grad af social støtte, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

	2013			2017			2021			Trend, p-værdi
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	
ALLE	4,5		127.603	4,6		140.392	5,3		141.987	
KVINDER	3,0		68.234	3,2		75.230	4,0		77.302	
Grundskole	4,6	2,49*	16.906	4,8	2,65*	16.401	5,8	2,27*	15.133	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	3,2	1,78*	26.823	3,3	1,78*	29.880	4,0	1,40*	29.827	
Videregående uddannelse	1,8	1 (ref.)	24.505	1,9	1 (ref.)	28.949	3,0	1 (ref.)	32.342	
SII**	-3,0			-3,5			-3,4			0,39
MÆND	6,0		59.369	6,0		65.162	6,8		64.685	
Grundskole	8,5	1,85*	12.751	8,6	1,95*	13.129	9,3	1,73*	11.969	
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	6,1	1,36*	28.557	5,7	1,25*	31.001	6,4	1,15*	30.405	
Videregående uddannelse	4,3	1 (ref.)	18.061	4,6	1 (ref.)	21.032	5,7	1 (ref.)	22.311	
SII**	-3,8			-4,2			-4,1			0,58

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

** SII: Ulighed i andelen, der oplever lav grad af social støtte, er målt ved et "slope index of inequality". SII måler den absolutte forskel i andelen mellem grupperne med længst og kortest fuldførte uddannelse justeret for alder. SII er nærmere beskrevet i den indledende læsevejledning.

Tabel 7.10 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af social støtte, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

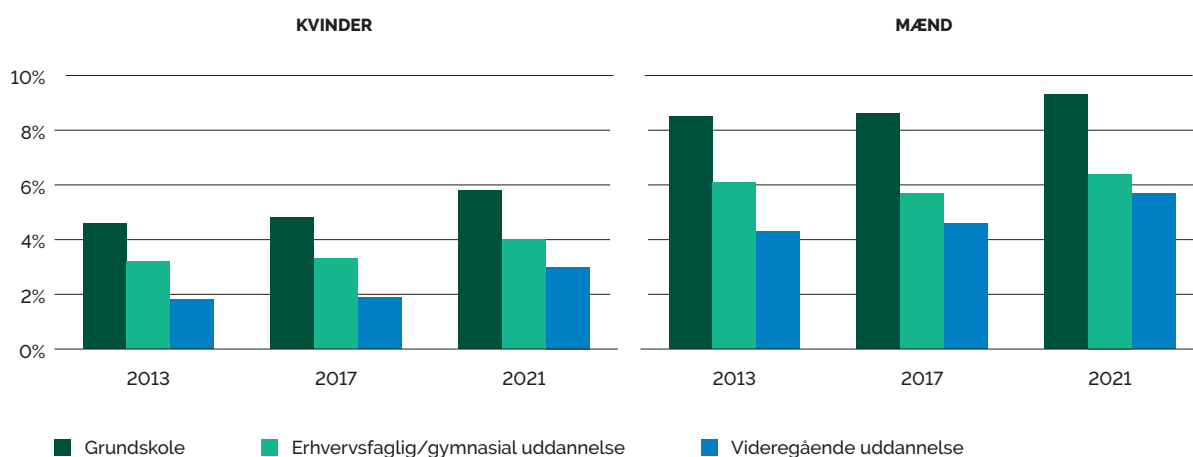
I 2021 er der blandt kvinder med grundskole 5,8%, der oplever lav grad af social støtte. Det gælder henholdsvis 4,0% og 3,0% blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. I 2021 er der blandt mænd med grundskole 9,3%, der oplever lav grad af social støtte. Det gælder henholdsvis 6,4% og 5,7% blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af social støtte, statistisk signifikant både blandt kvinder og blandt mænd i alle tre år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der oplever lav grad af social støtte, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

Den sociale ulighed i andelen, der oplever lav grad af social støtte, beregnet som forskellen mellem personer med længst og kortest fuldførte uddannelse (SII), er 3,4 procentenheder blandt kvinder og 4,1 procentenheder blandt mænd i 2021. Der ses ikke en statistisk signifikant ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

FIGUR 7.10

Andelen, der oplever lav grad af social støtte, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.



Figur 7.10 viser sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der oplever lav grad af social støtte, blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2013, 2017 og 2021.

Sammenfatning

Der ses en moderat og høj grad af social ulighed i andelen, der oplever lav grad af social støtte, blandt henholdsvis mænd og kvinder i årene 2013, 2017 og 2021. Andelen, der oplever lav grad af social støtte, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i perioden 2013-2021.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet social ulighed i forhold til en række indikatorer relateret til kontakt med sundhedsvæsenet. Det gælder social ulighed i deltagelse i screeningprogrammer for kræft, brug af praktiserende læge og praktiserende speciallæge, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser, visiteret hjemmeplejeydelser og kommunale sygeplejeydelser. Derudover har vi beskrevet social ulighed i førtidspension og i mangel på social støtte, som kan være afgørende i forbindelse med sygdomsforløb og langvarig sygdom.

Blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en lavere andel, der deltager i screening for livmoderhalskræft og screening for brystkræft, end blandt kvinder med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Ligeledes gælder det, at der blandt personer med grundskole er en lavere andel, der deltager i screening for tyk- og endetarmskræft, end blandt personer med videregående uddannelse. I perioden 2013-2021 er der en stigning i den sociale ulighed i deltagelse i screening for livmoderhalskræft og tyk- og endetarmskræft, mens der ikke ses nogen ændring i den sociale ulighed i deltagelse i screening for brystkræft i perioden.

Blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en lavere andel, der har kontakt til alment praktiserende læge, justeret for behov, end blandt kvinder med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse i 2021. Omvendt ses der blandt mænd i 2017 en social gradient, hvor andelen af mænd, der har kontakt til praktiserende læge, er lavere med længere fuldførte uddannelse. Der ses i perioden 2013-2021 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med alment praktiserende læge justeret for behov. Blandt personer med grundskole er der en lavere andel, der har kontakt til praktiserende speciallæge, justeret for behov, end blandt personer med en videregående uddannelse. Der ses i perioden 2013-2021 ingen ændring i den sociale ulighed for kontakt med praktiserende speciallæge.

Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en højere andel, der har en forebyggelig indlæggelse og en korttidsindlæggelse, end blandt personer med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses i perioden 2013-2021 ingen ændring i den sociale ulighed for både forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser.

Blandt kvinder på 65 år eller derover med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en højere andel, der er visiteret til personlig pleje, end blandt kvinder i samme aldersgruppe med en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse i 2013 og 2021, men ikke i 2017. Der ses ingen forskelle blandt mænd. Blandt personer med grundskole i alderen 65 år eller derover er der en højere andel, der er visiteret til praktisk hjælp, end blandt personer i samme aldersgruppe med en videregående uddannelse undtagen for kvinder i 2017. Blandt personer med grundskole er der en højere andel, der modtager kommunale sygeplejeydelser end blandt personer med en videregående uddannelse. Det gælder både blandt kvinder og mænd. Der ses i perioden 2013-2021 ingen ændring i den sociale ulighed i andelen, der er visiteret til personlig pleje, visiteret til praktisk hjælp eller har modtaget kommunale sygeplejeydelser.

Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der en højere andel, der modtager førtidspension, end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. I perioden 2001-2021 er den sociale ulighed i andelen, der modtager førtidspension, steget både blandt kvinder og blandt mænd.

I forhold til mangel på social støtte er der blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse en større andel, som oplever mangel på sociale støtte, end blandt personer med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses ikke en ændring i den sociale ulighed i mangel på social støtte i perioden 2013-2021.

Referencer

1. Dencker A, Tjørnhøj-Thomsen T, Pedersen PV. A qualitative study of mechanisms influencing social inequality in cancer communication. *Psychooncology*. 2021;30(11):1965-72.
2. Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. How does the thought of cancer arise in a general practice consultation? Interviews with GPs. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(3):135-40.
3. Nilou FE, Christoffersen NB, Lian OS, Guassora AD, Broholm-Jorgensen M. Conceptualizing negotiation in the clinical encounter - A scoping review using principles from critical interpretive synthesis. *Patient Educ Couns*. 2024;121:108134.
4. Bihrmann K, Pedersen MT, Wodschow K, Petersen MNS, Esbøll AK. Social og geografisk ulighed i sundhedsydelser. Analyse af behov for, adgang til og brug af ydelser. København: Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen; 2023.
5. OECD. Health for everyone?: Social inequalities in health and health systems. Paris: OECD Publishing; 2019.
6. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
7. Vejborg I. Mammografiscreening i Danmark. Kliniske retningslinjer: Dansk Radiologisk Selskab; 2022 [Citeret 2. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://web.drs.dk/guidelines-vejledninger/>.
8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2010 og 2012.
9. Bozhar H, McKee M, Spadea T, Veerus P, Heinavaara S, Anttila A, et al. Socio-economic inequality of utilization of cancer testing in Europe: A cross-sectional study. *Prev Med Rep*. 2022;26:101733.
10. Willems B, Bracke P. The education gradient in cancer screening participation: a consistent phenomenon across Europe? *Int J Public Health*. 2018;63(1):93-103.
11. Vallgård S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. København: Munksgaard; 2016.
12. Vedsted P, Olsen KR, Sørensen TH, Bech M, Gyrd-Hansen D. Henvisningsmønsteret i almen praksis. En litteraturgennemgang. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
13. Wallar LE, De Prophetis E, Rosella LC. Socioeconomic inequalities in hospitalizations for chronic ambulatory care sensitive conditions: a systematic review of peer-reviewed literature, 1990-2018. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):60.
14. Fredslund E. Ældres brug af sundheds- og hjemmeplejeydelser - En registerundersøgelse med fokus på socioøkonomiske faktorer, komorbiditet og psykisk sygdom. VIVE-Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. 2021.
15. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2018.
16. Jakobsen MD, Braaten T. Labour market status and mortality risk: The Finnmark cohort study 1987-2017. *Scand J Public Health*. 2024;52(5):640-8.

17. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med*. 1999;48(5):661-73.
18. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *J Social indicators research*. 2014;117(2):561-76.
19. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl(Suppl):S54-66.
20. Keim-Klarner S, Adebahr P, Brandt S, Gamper M, Klarner A, Knabe A, et al. Social inequality, social networks, and health: a scoping review of research on health inequalities from a social network perspective. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):74.
21. Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
22. Bonde J, Schroll JB, Kjær Kristensen B, Lynge E, Waldstrøm M, Andersen B. Differentieret implementering af HPV-baseret screening i dansk livmoderhalskræftscreening. *Ugeskr Laeger*. 2022;184(16).
23. RKKP's Videncenter. Afdeling for Cancer og Cancerscreening. Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2023. https://www.sundhed.dk/content/cms/82/4682_dkls-aarsrapport-2023_offentliggjort-version-270624.pdf; 2024.
24. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
25. Sundhedsdatastyrelsen. Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet. [esundhed.dk](https://www.esundhed.dk): Sundhedsdatastyrelsen; 2024 [Citeret 2. september 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Noegletal-for-sygehusvaesenet-og-praksisomaadet>.
26. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2015.
27. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser: Sundhedsstyrelsen; 2015.
28. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
29. Danmarks Statistik. AED06: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn: Danmarks Statistik; 2018 [Tilgængelig fra: <https://www.statistikbanken.dk/AED06>].
30. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden. *Scand J Public Health*. 2007;35(4):341-7.
31. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695-718.
32. 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.
33. Uchino BN. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med*. 2006;29.

Bilag



Bilag 1

Materialer og metode

Beskrivelse datakilder anvendt i rapporten

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra en række nationale registre, kliniske kvalitetsdatabaser samt data fra udvalgte spørgeskemaundersøgelser. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Registre

Det Centrale Personregister (CPR)

Det Centrale Personregister (CPR)¹ blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med adresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål. Ligeledes bliver oplysninger om alle nulevende personer med dansk bopælsadresse registreret i CPR. Alle personer, som er registreret i CPR, er tildelt et unikt 10-cifret personidentifikationsnummer (CPR-nummer), hvilket muliggør en kobling på tværs af de nationale registre. Udover kobling på tværs af registre indeholder registeret information om køn, fødselsdato, dødsdato, forældres CPR-nummer, civilstand og oprindelsesland m.m.

Det Medicinske Fødselsregister (MFR)

Det Medicinske Fødselsregister (MFR)² blev etableret i 1973 og indeholder data om alle fødsler i Danmark.² Det består af data indsamlet fra graviditet til perioden lige efter fødslen og dækker omkring 99 % af alle fødsler. Fra MFR er det muligt at indhente data omkring moderens karakteristika, barnets antropometri samt komplikationer under graviditeten og ved fødslen. Det primære formål med MFR er registrering og monitorering af sundheden blandt nyfødte samt kvaliteten af svangreomsorgen. I denne rapport er MFR anvendt til at indhente informationer om antal levende og dødfødte børn, gestationsalder og fødselsvægt.

Den Nationale Børnedatabase (BDB)

Den Nationale Børnedatabase (BDB)³ blev oprettet i 2009 med det formål at opbygge en fælles offentlig database om børns sundhed. Alle børn, som bor i Danmark, bliver tilbudt forebyggende helbreds- og funktionsundersøgelsen. Data er systematisk udvalgt fra undersøgelserne foretages af sundhedsplejersker og praktiserende læger. BDB indeholder oplysninger om højde, vægt, passiv rygning og amning. I denne rapport har vi anvendt BDB til at indhentet information om amning.

Landspatientregisteret (LPR)

Landspatientregisteret (LPR)⁴ blev etableret i 1977 og indeholder oplysninger fra offentlige og private hospitaler. LPR indeholder information om hospitalsafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse, behandling og operation for både somatiske, psykiatriske og akutte ambulante kontakter. En patientkontakt starter ved indskrivningsdato, typisk ved indlæggelse, og afsluttes ved udskrivningsdato, hvor indberetningen til LPR sker. Hver patientkontakt tildeles i registeret et unikt identifikationsnummer. Fra 1977 til 1993 anvendes WHO's ICD-8 (International Classification of Diseases and Related Health Problems version 8) klassifikationer af diagnoser, mens ICD-10 anvendes fra 1994 og fremefter. I 2019 blev LPR omlagt fra version 2 (LPR-2) til version 3 (LPR-3). Det har

medført visse ændringer i registerets struktur og i nogle tilfælde variable. Dette kan potentielt betyde, at man ser en ændring på tværs af 2019 i registreringspraksis i LPR, som påvirker opgørelsen af indikatorerne i rapporten. Dog forventes det ikke at skiftet i registrering af data til LPR på grund af indførelsen af LPR-3 er forskellig på tværs af befolkningsgrupper defineret ud fra uddannelseslængde.

Formålet med LPR er blandt andet at danne grundlag for løbende hospitalsstatistik, kvalitetssikring af hospitaler, give patienter mulighed for indsigt i hospitalsbehandling, epidemiologisk forskning, etc. LPR danner desuden helt eller delvist datagrundlag for andre registre heriblandt Cancer- og Fødselsregisteret. Data fra psykiatriske afdelinger er også tilgængelige fra LPR (LPR-PSYK/LPR-3), ligesom ulykker, som giver anledning til en hospitalskontakt, ligeledes er inkluderet i registeret (LPR_ULYK/LPR-3). I denne rapport har vi anvendt LPR til at indhentet information om somatiske og psykiske sygdomme samt ulykker.

Det Centrale Psykiatriske Register (PCR)

Det centrale psykiatriske register (PCR)⁵ blev etableret i 1970 og indeholder oplysninger om patienter behandlet på psykiatriske afdelinger i Danmark. PCR indeholder information om start- og slutdato for behandling, diagnoser, type henvisning, og indlæggelsesmåde. Indtil 1995 indeholder registeret udelukkende indlagte patienter, og fra 1995 også patienter i ambulans forløb samt skadestuekontakter. PCR er i dag en integreret del af Landspatientregisteret (LPR). I denne rapport har vi anvendt PCR til at indhentet information om psykiske sygdomme.

Sygesikringsregisteret (SSR)

Sygesikringsregisteret (SSR)⁶ indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. SSR indeholder blandt andet information om alder, køn, bopæl, speciale for ydelsen, ydernummer og dato for ydelsen. Registeret dækker over to opdelte perioder, der delvist overlapper hinanden. Registerets formål er at fungere som dokumentation for ydelser udført. Det indeholder ikke detaljeret information om sygdom eller behandling for den enkelte patient. I denne rapport er SSR anvendt til at indhente oplysninger om brugen af sundhedsydelser.

Cancerregisteret (CAR)

Cancerregisteret (CAR) blev etableret i 1942 med det formål at indsamle data på nye tilfælde af kræft.⁷ CAR benyttes til statistikker for incidensen og prævalensen af kræftsygdomme i Danmark og anvendes i planlægningen af sundhedsydelser samt udgør et grundlag for forskning indenfor bl.a. årsager og forløb. I denne rapport er CAR anvendt til at identificere nye tilfælde af bryst- lunge- samt tyk- og endetarmskræft.

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft (DKLS)⁸ er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). DKLS blev etableret i 2009. Formålet med DKLS er at overvåge og forbedre kvaliteten af livmoderhalskræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKLS indeholder information om dato invitation til screening, dato for rykkere og diagnoser. I denne rapport har vi anvendt DKLS til at indhentet information om deltagelse i screening for livmoderhalskræft.

Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS)⁹ er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). DKMS blev etableret i 2007. Formålet med DKMS er overvåge og forbedre kvaliteten af mammografiscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DKMS indeholder information om dato for invitation til screening, dato for rykkere, strålingseksponering og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DKMS til at indhentet information om deltagelse i mammografiscreening for brystkræft.

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)

Dansk Kvalitetsdatabase for Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS)¹⁰ er en lands dækkende klinisk kvalitetsdatabase under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). DTS blev etableret i 2014. Formålet med DTS er overvåge og forbedre kvaliteten af tarmkræftscreening i Danmark, baseret på kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer. DTS indeholder information om dato for invitation til screening, dato for rykkere, dato for indsendt afføringsprøve, testresultat, og diagnose. I denne rapport har vi anvendt DTS til at indhentet information om deltagelse i screening for tyk- og endetarmskræft.

Det Danske Vaccinationsregister (DDV)

Vaccinationer afregnet med sygesikringen er siden 1996 registreret i Det Danske Vaccinationsregister (DDV).¹¹ Fra november 2015 har der været indberetningspligt til DDV for alle læger. Formålet med DDV er at give både privat- og sundhedspersoner, adgang til en samlet oversigt over de vaccinationer, som en person har fået, samt adgang til børns vaccinationer. I denne rapport har vi anvendt DDV til at indhente information om deltagelse i børnevaccinationsprogrammet.

Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR)

Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR)¹² blev oprettet i 1972 med formålet at støtte organisations- og kvalitetsudvikling i den kommunale tandpleje. Det indeholder data vedrørende tandsundhedsforhold hos børn og unge. Alle børn og unge under 22 år er omfattet af vederlagsfri forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje (18-21-årige blev inkluderet i ordningen i 2022). I denne rapport har vi anvendt SCOR til at indhente information om tandsundhed blandt 15-årige.

Elevregisteret (KOTRE)

Elevregisteret blev etableret i begyndelsen af 1970'erne.¹³ Formålet med registeret er at kunne belyse tilgangen og afgang fra det ordinære uddannelsessystem såvel som elevstrømmene i dette. Registeret dækker over uddannelser fra O. klasse til forskeruddannelse og omfatter studerende ved ordinære uddannelser som er offentlig reguleret. Registeret er organiseret således, at man kan følge de enkelte uddannelsesprogrammer, som den enkelte studerende har været indskrevet på gennem sin uddannelseskariere. I denne rapport har vi anvendt Elevregisteret til at indhente oplysninger om igangværende uddannelse blandt unge under 30 år.

Uddannelsesregisteret (UDDA)

Uddannelsesregisteret (UDDA) indeholder information om afsluttede uddannelser for hele den danske befolkning siden 1974.¹³ I registeret er uddannelserne klassificeret i henhold til Danmarks Statistiks klassifikationssystem (DISCED) samt International Standard Classification of Education (ISCED). Information om uddannelse er i højere grad ufuldstændig for personer født før 1945 samt for indvandrere sammenlignet med den yngre del af befolkningen og personer født i Danmark. UDDA er i denne rapport anvendt til definition af længst fuldførte uddannelse.

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)¹⁴ indeholder oplysninger om salg af humane og veterinære receptpligtige lægemidler i Danmark siden 1995. Formålet med LSR er blandt andet at overvåge lægemiddelforbruget for at styrke sundhedsmyndigheders beslutningsgrundlag. Dertil anvendes registeret til forskning, hvor det bruges til at vurdere lægemiddelforbrugets virkning på sygdom og sundhed. Ved indløsning af en recept registreres der omkring 20 forskellige oplysninger. LSR er i denne rapport anvendt til definition af sygdomme, hvor medicinindtag er en del af definitionen.

Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)

Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)¹⁵ indeholder data, som har været tilgængelige siden 1976, og inkluderer en række oplysninger til belysningen af personers arbejdsmarkeds-mæssige placering i løbet af året. Formålet med registeret er at give statistiske bag-

grundsoplysninger vedrørende befolkningens beskæftigelsesforhold. AKM er baseret på oplysninger fra en række forskellige registre, såsom Det Centrale Personregister (CPR), registrer fra Skattestyrelsen, samt diverse registre omkring løn- og ansættelsesforhold. I denne rapport er AKM anvendt til definition af arbejdsløshed, førtidspension og arbejdsmarkedstilknytning blandt unge uden ungdomsuddannelse.

Dødsårsagsregisteret (DAR)

Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, der indeholder oplysninger omkring dødsfaldet. Disse oplysninger danner grundlaget for Dødsårsagsregisteret (DAR).¹⁶ Centralt for DAR er selve dødsårsagen, men registeret indeholder også oplysninger om dødsdato, dødssted, og alder ved dødstidspunkt. Registeret indeholder data fra 1970 og frem. Formålet med registeret er at indhente oplysninger om enkeltpersoners dødsårsager, hvilket danner grundlag for Sundhedsdatastyrelsens dødsårsagsstatistik. Med denne statistik ønsker man at beskrive generelle udviklingstendenser i dødsårsager, og dermed give muligheden for at sammenligne på tværs af regioner i landet. I denne rapport er DAR anvendt til at definere selvmord.

Vandringsdata (VNDS)

Information om indvandring til Danmark og udvandring fra Danmark er baseret på CPR.¹⁷ Informationen er indsamlet siden 1980. I Danmark skal tilflyttere fra udlandet, som har til hensigt at bo i Danmark i mindst 3 måneder, registreres i folkeregisteret og får et dansk CPR-nummer. Data indeholder dato for ind- og udvandring. I denne rapport er VNDS anvendt til at bestemme om en person er ind- eller udvandret.

Ældredokumentation (AEFV)

Ældredokumentation (AEFV) blev etableret i 2008 med information om visiteret hjemmehjælp.¹⁸ Registeret indeholder information om CPR-nummer, dato, typen af visiteret hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp). AEFV er i denne rapport anvendt til at definere visiteret personlig pleje og praktisk hjælp.

Kommunale sygeplejeydelser (HJSP/AEHJSP)

Registeret med kommunale hjemmesygeplejeydelser (HJSP/AEHJSP)¹⁹ indeholder information om CPR-nummer, ydelsestype og dato for ydelse. HJSP/AEHJSP er i denne rapport anvendt til at definere modtaget kommunale sygeplejeydelser.

Familieindkomster (FAIK)

Registeret for Familieindkomster (FAIK)²⁰ blev etableret i 1990. Registeret indeholder information om blandt andet familieidentifikationsnummer og familieækvivaleret disponibel indkomst. FAIK er i denne rapport anvendt til at definere indkomstgrupper inddelt efter familieækvivaleret disponibel indkomst.

Spørgeskemaundersøgelser

National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt lønmodtagere (NOA-L)

National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt lønmodtagere (NOA-L)²¹ er en spørgeskemaundersøgelse blandt lønmodtagere i Danmark og gennemføres hvert andet år siden 2021. NOA-L er en afløser af den tidligere undersøgelse Arbejdsmiljø og Helbred (AH), som blev udført hvert andet år mellem 2012-2018. Undersøgelsens formål er at belyse forskellige faktorer i arbejdsmiljøet samt bidrage til datagrundlaget for forskning i arbejdsmiljøet. NOA-L er i denne rapport anvendt til at definere indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver og fysiske anstrengende arbejde.

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)²²⁻²⁵ er en undersøgelse udført blandt den danske voksne befolkning (16 år eller derover) omhandlende deres sundhed og sygelighed. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fire (tidligere fem) danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk

Universitet. NATSUP er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en stikprøve fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve, hvor alle seks stikprøver er gensidigt udelukkende. I denne rapport er NATSUP anvendt til selvvurderet helbred, mental sundhed, stress, selvrapporterede smerter i ryg, nakke og led, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, svær overvægt, ophobning af risikofaktorer, behovsjustering samt social støtte blandt voksne.

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY)

Den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY)²⁶⁻²⁸ gennemføres i den voksne befolkning (16 år eller derover). Der indsamles data til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning og til brug for forskning og analyser. Undersøgelserne er gennemført siden 1987. Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen. SUSY er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en national repræsentativ stikprøve. SUSY er i denne rapport anvendt til at definere funktionsevne blandt ældre, tandsundhed blandt voksne og stofbrug blandt unge.

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC)²⁹⁻³² er det danske bidrag til det internationale forskningssamarbejde om børns (11-, 13- og 15-årige) sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. HBSC blev første gang gennemført i 1984. HBSC er baseret på et repræsentativt udsnit af danske skoleelever i 5., 7. og 9. klasse. Spørgsmålene er udviklet i Danmark til skolebørn i alderen 11-15 år. Spørgsmålene har vist sig at fungere tilfredsstillende, da skolebørnene forstår dem og gerne vil svare på dem, og da psykometriske test viser, at de er pålidelige. HBSC er i denne rapport anvendt til at definere overvægt, ensomhed, livstilfredshed, og selvformåen blandt skolebørn.

Analysemetoder

Hver indikator er beskrevet ved fordelingen af den givne indikator i forhold til længst fuldførte uddannelse (og køn). For at undersøge om forekomsten af en indikator varierer signifikant mellem længst fuldførte uddannelse er der benyttet to forskellige regressionsmetoder: logistisk regression og Poisson regression af incidensrater.

Logistisk regression

Logistisk regression benyttes ved analyse af en binær indikator (0/1), f.eks. født tidligt, der kategoriseres ved enten ja eller nej. Forekomsten af indikatoren sammenlignes mellem grupper inddelt efter længst fuldførte uddannelse med videregående uddannelse som referencegruppe. Som resultat af en logistisk regression beregnes en odds ratio (OR), der beskriver en eventuel mindre eller øget odds (chance) for den givne indikator.

Poisson regression af incidensrater

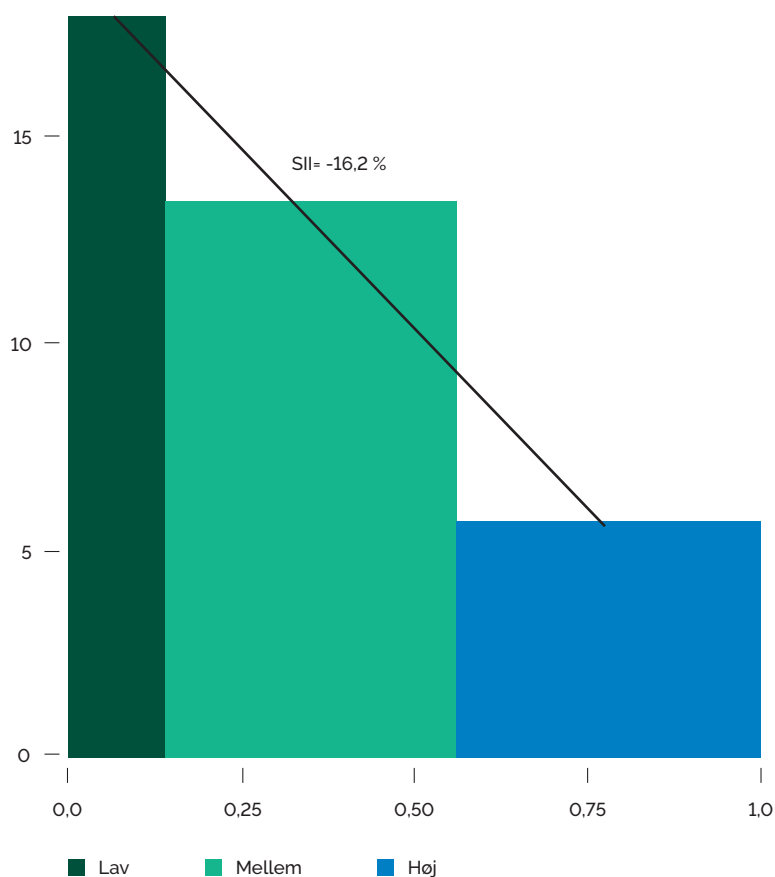
Poisson regression af incidensrater benyttes ved analyse af en sygdomsrate, det vil sige antallet af nye sygdomstilfælde pr. 100.000 personår. Antal nye tilfælde af indikatoren pr. 100.000 personår sammenlignes mellem grupper inddelt efter længst fuldførte uddannelse med videregående uddannelse som referencegruppe. Som resultat af en Poisson regression beregnes en incidensrateratio (IRR), der beskriver en eventuel mindre eller øget hyppighed for udvikling af nye sygdomstilfælde for den givne indikator.

Slope index of inequality

Som mål for social ulighed benyttes et Slope index of inequality (SII). SII beskriver, om der er forskel i forekomst af indikatoren på tværs af uddannelsesgrupper. Som eksempel er anvendt andelen af piger med overvægt. SII beregnes separat for hvert år, og beregnes på baggrund af det totale antal personer per uddannelsesgruppe fra kortest til længst fuldførte uddannelse. SII er en hældningskoefficient beregnet ved en vægtet regression på tværs af uddannelsesgrupperne fra kortest til længst fuldførte uddannelse.

FIGUR B.1.1

Illustration af beregning af Slope index of inequality (SII).



De tre søjler i figur B.1.1 repræsenterer de tre familiesocialgrupper (ved andre indikatorer uddannelsesgrupper), hvor højden af søjlen viser andelen af piger med overvægt, og bredden på søjlerne viser gruppernes størrelse i forhold til hinanden. SII bestemmes ved en vægtet regression på tværs af grupperne og angives ved hældningskoefficienten af denne. Eksemplet her er forenklet og vises kun for piger i 7. klasse i 2018, hvor SII er beregnet til -16.2%. SII i rapporten inkluderer piger i alle klassetrin med justering for klassetrin. For piger i 2018 er SII beregnet til -14.4% (tabel 3.5).

Trend test – ændring i social ulighed over tid

For at undersøge, om der er sker en ændring i den sociale ulighed over tid, er der benyttet et trend test. Resultatet af trend testet er en angivelse af signifikansniveauet for, om ændringer i SII over tid er uændret, eller om der er sket en statistisk signifikant ændring (reduktion eller stigning i uligheden).

Trend testet foretages ved en regression af SII for de år, der indgår for den enkelte indikator (alle år i perioden 2013-2021 for de fleste indikatorer, eller udvalgte år, når data ikke haves for alle årene i perioden). For indikatorer, hvor SII ikke beregnes, er der foretaget et trendtest ved at analysere interaktionen mellem uddannelseslængde/indkomstniveau og tid målt i år i en lineær regressionsmodel (dette gælder for ginikoefficienten, restlevetid og dødelighed i befolkningen). Der antages at være en statistisk signifikant udvikling i den sociale ulighed over tid, hvis p-værdien for interaktionsleddet er mindre end eller lig med 0,05.

5-års dødelighed

5-års dødelighed er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke indikator i perioden 01.01.2014 - 31.12.2017. Dødelighed er bestemt fra diagnosen er givet og fem år derefter.

Mistet beskæftigelse i en 4-årig periode

Andelen af personer, der har mistet beskæftigelsen, er bestemt blandt personer med nye tilfælde af den specifikke indikator i perioden 01.01.2014 - 31.12.2017. Personerne i denne analyse skal have været i arbejde året før diagnosen, samt være højst 61 år gammel ved diagnosen.

Som mål for tilknytning til arbejdsmarkedet benyttes det dominerende indkomstgrundlag fra Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) i året før og årene efter diagnosen. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var selvforsørgende i opgørelsesperioden, det vil sige selvstændige, medarbejdende ægtefæller og lønmodtagere. Personer, der er kategoriseret som ikke at være i arbejde, er arbejdsløse, modtagere af dagpenge, pensionister, kontanthjælpsmodtagere og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Definition af indikatorer

Kapitel 1: Sociale vilkår for sundhed

Gini-koefficient

Indikatoren indkomstfordeling er i denne rapport defineret på basis af information i Statistikbanken ved Danmarks Statistik.³³

Fattigdom

Indikatoren fattigdom er i denne rapport defineret på basis af information fra registeret for Familieindkomster (FAIK). Fattigdom defineres i denne rapport som relativ fattigdom, hvor fattigdomsgrænsen er defineret ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen, tilsvarende til definitionen, der benyttes af OECD.³⁴

Medianindkomsten er defineret som den midterste indkomst i indkomstfordelingen blandt alle danskere. Det vil sige 50 % har indkomst over medianindkomsten og 50 % har indkomst under medianindkomsten. Fattigdomsgrænsen er beregnet på baggrund af en families ækvivalerede disponible indkomst fra registeret FAIK.

Den ækvivalerede disponible indkomst er bestemt på baggrund af familiens størrelse (antal børn og voksne) og familiens disponible indkomst. Ækvivaleringen tager højde for familiens størrelse og eventuelt fordele ved stordriftsfamilier. Variablen for disponibel indkomst består af skattefri indkomst, beregnet lejeværdi, renteudgifter, skat mm. Metoden for beregning af familiens disponible indkomst har ændret sig ved en revision i 2013³⁵ og har dermed også påvirket den ækvivalerede disponible indkomst. I denne rapport betyder det, at der fra 2010 er beregnet fattigdomsgrænser ud fra den nuværende metode, mens den gamle metode, for beregning af familieækvivalerede disponible indkomster, er benyttet fra perioden før 2010. Familier med negativt ækvivaleret disponibel indkomst indgår ikke ved beregning af fattigdomsgrænse eller i andelen af relativt fattige. Familier, der kun består af studerende, og familier, hvor primær forsørgeren er studerende, ekskluderes ved optælling af antal fattige.³⁶

Arbejdsløshed

Indikatoren arbejdsløshed er i denne rapport defineret på basis af information i registeret Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er arbejdsløshed defineret ved personer angivet som 'Arbejdsløs mindst halvdelen af året'. Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-64 år, da det er forventet, at denne gruppe er på arbejdsmarkedet.

Kapitel 2: Generelle helbredsindikatorer

Restlevetid

Indikatoren restlevetid for 30-årige er i denne rapport defineret på basis af informationer i Det Centrale Personregister (CPR), Uddannelsesregisteret (UDDA) og registeret for Familieindkomster (FAIK). Den forventede restlevetid for 30-årige er i denne rapport beregnet for grupper inddelt efter længst fuldført uddannelse og for indkomstgrupper i kvartiler.

Dødelighed i befolkningen

Indikatoren dødelighed er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Personregister (CPR). Udviklingen af dødelighed i befolkningen er i denne rapport beregnet for aldersgrupperne 1-24, 25-44 og 45-64 år.

Børnedødelighed og dødfødsler

Indikatoren dødfødsler er i denne rapport defineret på basis af information i Det Medicinske Fødselsregister (MFR). Indikatorerne neonatal dødelighed og dødelighed inden barnet er fyldt 5 år er i denne rapport defineret på basis af information i Det Medicinske Fødselsregister og Det Centrale Personregister (CPR). Andelen af børn, der er dødfødte, bestemmes på baggrund af alle fødsler i Danmark. Andelen af neonatal død, bestemmes på baggrund af alle levendefødte. Andelen af børn, der dør inden de fylder 5 år, bestemmes på baggrund af alle levendefødte.

Selvvurderet helbred

Indikatoren selvvurderet helbred er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²²⁻²⁵ Spørgsmålet lyder således: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?", med følgende svarmuligheder: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Andelen med godt selvvurderet helbred er defineret ved de personer, der har svaret "Fremragende", "Vældig godt" og "Godt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Funktionsevne

Indikatorerne for funktionsevne blandt ældre, er i denne rapport målt ved mobilitet og kommunikationsfærdigheder defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY).^{26-28, 37} Spørgsmålene fokuserer på henholdsvis fysisk og mentalt sundhed, og lyder således: "Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?", hvor der spørges til følgende forhold:

1. "Læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis normalt bruges)?"
2. "Høre, hvad der bliver sagt uden en normal samtale mellem tre eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)?"
3. Gå 400 meter uden at hvile?
4. Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile?
5. Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)?

Svarmulighederne er: "Ja, uden besvær", "Ja, med lidt besvær", "Ja, med meget besvær" og "Nej, slet ikke". I denne rapport er andelen med dårlig mobilitet er defineret på basis af spørgsmål 3, 4 og 5, ved de personer der har svaret "Ja, med meget besvær" eller "Nej, slet ikke" til et eller flere af spørgsmålene. Andelen med dårlige kommunikationsfærdigheder er defineret på basis af spørgsmål 1 og 2, ved de personer der har svaret "Ja, med meget besvær" eller "Nej, slet ikke" til et eller begge spørgsmål. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 3: Tidlige vilkår for sundhed og sygdom

Fødsler

Indikatoren fødsel før uge 37 er i denne rapport defineret på basis af information i Det Medicinske Fødselsregister (MFR). Født tidligt er i denne rapport defineret ved fødsel inden uge 37. Indikatoren børn født små i forhold til gestationsalder er i denne rapport defineret på basis af information i MFR. Børn født små er defineret ved barnets fødselsvægt i forhold til gestationsalderen (graviditetens længde). Født små eller Small for gestational age (SGA) er bestemt på basis af grænseværdier fra studiet Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights.³⁸ Den forventede fødselsvægt (Average for gestational age, AGA) beregnes ved brug af barnets gestationsalder. Børn, der er født små, er defineret ved en fødselsvægt under grænsen for SGA.

Amning

Indikatoren fuldamning i mindst 4 måneder er i denne rapport defineret på basis af information i Den Nationale Børnedatabase (BDB). Fuldamning er i denne rapport defineret som andelen af børn, der er fuldt ammet de første fire måneder efter fødslen.

Børnevaccinationsprogrammet

Indikatorerne færdigvaccineret med vaccinationerne i børnevaccinationsprogrammet er i denne rapport defineret på basis af information i Det Danske Vaccinationsregister (DDV), med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.³⁹ I denne rapport bestemmes andelen, der er færdigvaccineret mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og Hib-infektion (DiTeKiPol/Hib), mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR) og human papillomavirus (HPV) opgjort ud fra om børnene har fået alle anbefalede vaccinedoser af de enkelte vaccinationer jævnfør beskrivelsen nedenfor. Alle børn skal, uafhængig af vaccinationstype, i tillæg til definitionerne nedenfor være i Det Centrale Personregister (CPR) det år, hvor de er færdigvaccineret.

DiTeKiPol/Hib-vaccination

Mod DiTeKiPol/Hib skal der gives 4 vaccinationer, hvor den 4. vaccination skal gives, når barnet fylder 5 år. I denne rapport er indikatoren for, om barnet er færdigvaccineret mod DiTeKiPol/Hib, defineret som, at barnet skal have haft 4 vaccinationer før udgangen af året, hvor barnet fylder 6 år. Mindst én af barnets forældre skal desuden være i CPR det år, hvor barnet er født, hvilket også er året, hvor forældrenes uddannelse er opgjort.

MFR-vaccination

Mod MFR skal der gives 2 vaccinationer, hvor den 2. vaccination skal gives når barnet fylder 4 år (hvis barnet er født før 1/4-2004 skal barnet have haft 2 vaccinationer når barnet fylder 12 år).⁴⁰ I denne rapport er indikatoren for, om barnet er færdigvaccineret mod MFR, defineret som, at barnet skal have haft 2 vaccinationer før udgangen af året, hvor barnet fylder 5 år (hvis barnet er født før 1/4-2004, skal barnet have haft 2 vaccinationer, når barnet fylder 13 år). Mindst én af barnets forældre skal desuden være i CPR det år, hvor barnet er født, hvilket også er året, hvor forældrenes uddannelse er opgjort.

HPV-vaccination

Mod HPV skal der gives 2 vaccinationer fra barnet fylder 12 år (vaccinationen skal gives med mindst 5 måneders interval, men skal være færdiggjort inden 13 måneder).³⁹ Hvis barnet er født før år 2000, skal barnet have haft 3 vaccinationer.⁴⁰ Fra 2009 til 2019 var det kun piger, som blev tilbudt HPV-vaccinen, som en del af børnevaccinationsprogrammet, men efter september 2019 indgår drenge også i vaccinationsprogrammet.⁴¹ I denne rapport er indikatoren for, om barnet er færdigvaccineret mod HPV, defineret som, at barnet skal have haft 2 vaccinationer før udgangen af året, hvor barnet fylder 14 år (hhv. 3 vaccinationer for børn født før 2000). Mindst én af barnets forældre skal desuden være i CPR det år, hvor barnet fylder 12 år, hvilket også er året, hvor forældrenes uddannelse også er opgjort.

Tandsundhed hos børn

Indikatoren god tandsundhed er i denne rapport defineret på basis af informationer i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR). Ifølge lovgivningen skal tandplejen registrere børns tandstatus i alderen 5, 7, 12 og 15 år. I denne rapport er god tandsundhed bestemt ved at børnene ikke har caries i tænderne. Populationen er afgrænset til børn med et tandeftersyn inden for 366 dage fra barnets 15-års fødselsdag. Ved flere tandeftersyn i denne periode, inkluderes tandeftersynet foretaget tættest på barnets 15-års fødselsdag i analysen.

Overvægt blandt skolebørn

Indikatoren overvægt blandt skolebørn er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC) (2014, 2018, 2022).³⁰⁻³² Blandt voksne defineres overvægt ved et BMI over 25. Da børn vokser forskelligt afhængig af alder og køn, anvendes køns- og aldersspecifikke grænser. Her er BMI-grænsen på 25 for overvægt blandt voksne over 18 år ekstrapoleret ned til køns- og aldersspecifikke grænser. I denne rapport er BMI-grænsen for overvægt f.eks. 20,51 for en 11-årig dreng, mens den er 20,66 for en 11-årig pige.³²

Ensomhed blandt skolebørn

Indikatoren ensomhed blandt skolebørn er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelsen (HBSC).³² Spørgsmålet lyder således: "Føler du dig ensom?" med svarmulighederne: "Ja, meget ofte", "Ja, ofte", "Ja, af og til" og "Nej". De ensomme elever defineres som dem, der har svaret "Ja, meget ofte" eller "Ja, ofte".

Livstilfredshed blandt skolebørn

Indikatoren livstilfredshed blandt skolebørn er i denne rapport defineret på basis af på et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC).³⁰⁻³² Livstilfredshed er målt med en tilpasset udgave af den visuelle skala, Cantrils stige.⁴² På billedet af en stige med 11 trin fra 0 til 10, hvor 10 betyder "det bedste mulige liv for dig" og 0 betyder "det værste mulige liv for dig", skal eleverne svare på, hvor de selv synes, de er for tiden. I denne rapport er andelen med lav livstilfredshed defineret ved de personer der har angivet en score fra 0 til 5.³²

Selvformåen blandt skolebørn

Indikatoren selvformåen er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Skolebørnsundersøgelse (HBSC).³² Indikatoren er udviklet på baggrund af en ti-punkt skala af Schwarzer og Jerusalem.⁴³ Målet indeholder to spørgsmål, der omhandler vigtige aspekter af selvformåen (self-efficacy): 1) "Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?" og 2) "Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?" med svarmulighederne: "Altid", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent" og "Aldrig". Svarene er kodet fra 1 til 5 og summeres. I denne rapport er andelen med lav selvformåen defineret ved de personer, der har en sumscore på 6-10. Lav selvformåen svarer overvejende til, at der er svaret "Nogle gange" på begge spørgsmål og dækker derudover kun kombinationer, hvor der indgår "Sjældent" eller "Aldrig".

Børnefattigdom

Indikatoren børnefattigdom er i denne rapport defineret på basis af information i registret for Familieindkomster (FAIK) og Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet (AKM). Fattigdom er i denne rapport defineret ved relativ fattigdom med en optælling af antallet af børn (personer under 15 år), hvor familiens ækvivalerede disponible indkomst er under fattigdomsgrænsen. Børn, hvor begge forældre er studerende, er ikke med i optællingen. Fattigdomsgrænsen er i rapporten målt ved 50 % af medianindkomsten for befolkningen. En længere beskrivelse af, hvordan fattigdomsgrænsen er defineret, findes ved beskrivelse af indikatoren Fattigdom.

Ungdomsuddannelse og arbejdsmarkedstilknøytning

I rapporten beskriver vi to indikatorer vedrørende ungdomsuddannelse og arbejdsmarkedstilknøytning blandt unge på 25 år. Indikatoren gennemført ungdomsuddannelse er i denne rapport defineret på basis af information i Uddannelsesregisteret (UDDA). I denne rapport ser vi på andelen af de 25-årige, der har gennemført en ungdomsuddannelse. Indikatoren arbejdsmarkedstilknøytning blandt unge uden ungdomsuddannelse er i denne rapport defineret på basis af information i UDDA og Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport ser vi på andelen af 25-årige, der har tilknøytning til arbejdsmarkedet eller er uddannelsesaktive, blandt kvinder og mænd, der ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, fordelt på forældrenes længst fuldførte uddannelse. En ungdomsuddannelse er enten gennemført gymnasial uddannelse eller erhvervsfaglig uddannelse.

Stofbrug

Indikatoren stofbrug er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY).⁴⁴⁻⁴⁶ Spørgsmålet lyder således: "Har du nogen sinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer? Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?". Der spørges til følgende stoffer: "Hash", "Amfetamin", "Ecstasy", "Kokain", "LSD", "Heroin", "Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)", "Ketamin", "Lattergas fra patroner eller andre beholdere", "Andre stoffer" med svarmulighederne: "Nej", "Ja, inden for den seneste måned", "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)", "Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)". Lattergas optræder for første gang i 2021, hvor der tidligere er spurgt ind til GHB (fantasy).⁴⁶ I denne rapport er stofbrug defineret ved besvarelserne "Ja, inden for den seneste måned" eller "Ja, indenfor det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer i aldersgruppen 16 til 24 år.

Kapitel 4: Sundhedsadfærd og arbejdsmiljø

Rygning

Dagligt rygning

Indikatoren daglig rygning er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Spørgsmålet lyder således: "Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)", med svarmulighederne: "Ja, hver dag", "Ja, mindst én gang om ugen", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op" og "Nej, jeg har aldrig røget". I denne rapport er andelen af daglige rygere defineret ved de personer der har svaret "Ja, hver dag". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Alkoholindtag

I rapporten beskriver vi to indikatorer for alkoholindtag: Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og andelen, der jævnligt (hver måned) indtager fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Indikatorerne om alkoholindtag er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ For ugentligt alkohol indtag lyder spørgsmålet således: "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen? Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0)." Hvor der for hver dag (mandag til søndag) angives antal genstande for følgende kategorier: "Øl eller alkoholcider", "Vin eller hedvin" og "Spiritus eller alkoholsodavand". I denne rapport defineres andelen med et alkoholindtag over anbefalingerne, på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2022, hvor det anbefales at man undgår at drikke mere end 10 genstande om ugen for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover. Indikatoren fem eller flere genstande ved samme lejlighed er i denne rapport defineret på basis af spørgsmålet: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?", med svarmulighederne: "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt", "Månedligt", "Sjældent" og "Aldrig". I denne rapport er andelen

med der jævnlig drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed defineret ved de personer, der har svaret "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt" og "Månedligt" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Fysisk inaktivitet

Indikatoren fysisk inaktivitet er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²⁵ Fysisk inaktivitet måles ved tid brugt på aktiviteter af hård eller moderat intensitet. Spørgsmålene lyder således: "De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i din fritid og ved transport (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse)". "På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?" med svarmulighederne: "Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)", "½ til 1½ time (30-89 minutter)", "1½ til 2½ time (90-149 minutter)", "2½ time til 5 timer (150-299 minutter)", "5 timer eller mere (300 minutter eller mere)". Og "Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?" med svarmulighederne: "Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)", "½ til 1 time (30-59 minutter)", "1 til 1½ time (60-89 minutter)", "1½ time til 2½ timer (90-149 minutter)", "2½ timer eller mere (150 minutter eller mere)". I denne rapport er andelen, der er fysisk inaktive defineret ved andelen, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet. WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet for voksne lyder på mindst 150-300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet per uge eller mindst 75-150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet per uge (eller en ækvivalent kombination heraf. Se referencer for en mere detaljeret beskrivelse af fysisk aktivitetsinddelingerne).⁴⁷ Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Svær overvægt

Indikatoren svær overvægt er i denne rapport defineret på basis af to spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Spørgsmålene lyder således: 1 "Hvor høj er du (uden sko)?", med svar angivelse i centimeter; 2 "Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?", med svar angivelse i kilogram. Baseret på selvråporteret højde og vægt beregnes svarpersonens Body Mass Index (BMI). I denne rapport er andelen med svær overvægt defineret ved de personer, der har et BMI \geq 30. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Ophobning af risikofaktorer

Indikatoren ophobning af risikofaktorer er i denne rapport defineret på basis af seks spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²⁵ I denne rapport defineres risikofaktorer ved daglig rygning, ugentligt alkoholindtag over 10 genstande, fysisk inaktivitet målt ved WHO's retningslinjer og svær overvægt (se specifikke definitioner ovenfor). I denne rapport er andelen af personer med to eller flere risikofaktorer opgjort. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Arbejds miljø – Indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver

Indikatoren indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejds miljøet blandt lønmodtagere (NOA-L).²¹ Spørgsmålet lyder således: "Har du indflydelse på, hvordan du løser dine arbejdsopgaver?", med svarmulighederne: "I meget høj grad", "I høj grad", "Delvist", "I lav grad", og "I meget lav grad". I denne rapport er andelen, der har lav indflydelse på løsning af egne arbejdsopgaver defineret ved de personer, der har svaret: "I lav grad" og "I meget lav grad" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Arbejds miljø – fysiske anstrengende arbejde

Indikatoren fysiske anstrengende arbejde er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen National Overvågning af Arbejds miljøet blandt lønmodtagere (NOA-L).²¹ Spørgsmålet lyder således: "Hvor fysisk anstrengende opfatter du dit nuværende arbejde? Du kan svare på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er Overhovedet

ikke anstrengende og 10 er Maksimalt anstrengende". I denne rapport er andelen, der har fysisk tungt arbejde defineret ved de personer, som har svaret 7-10. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Kapitel 5: Mental sundhed og psykiske lidelser

Lav grad af mental sundhed

Indikatoren lav grad af mental sundhed er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Denne indikator defineres på baggrund af 12 spørgsmål om fysisk og mentalt helbred (SF-12), hvoraf der udregnes en samlet score for den mentale helbredskomponent. I denne rapport defineres lav grad af mental sundhed på baggrund af besvarelser fra NATSUP 2010, og er afgrænset ved de 10 % med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Dette svarer til en score på 36 eller derunder, for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Højt stressniveau

Indikatoren højt stressniveau er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Stressniveau er defineret ved Cohens Perceived Stress Scale,⁴⁸ dermed beskriver det personens egen oplevelse af stressniveauet. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Danmark 2010,⁴⁹ er højt stress niveau afgrænset ved de 20 % med den højeste score. Dette svarer til en score på 18 eller derover for både kvinder og mænd. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Ofte uønsket alene

Indikatoren ofte uønsket alene er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Spørgsmålet lyder således: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?", med svarmulighederne: "Ja, ofte", "Ja, en gang imellem", "Ja, men sjældent" og "Nej". I denne rapport er andelen, der oplever ensomhed defineret ved de personer, der har svaret "Ja, ofte". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Depression

Indikatoren depression er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), Landspatientregisteret (LPR-PSYK og LPR3) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med depression defineret ved diagnosen depression stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af depression (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Angst

Indikatoren angst er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), Landspatientregisteret (LPR-PSYK og LPR3) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med angst defineret ved diagnosen angst stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af angst (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Bipolar lidelse

Indikatoren bipolar lidelse er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatriregister (PCR), Landspatientregisteret (LPR-PSYK og LPR3) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med bipolar lidelse defineret ved diagnosen bipolar lidelse stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af bipolar lidelse (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15-44 år.

Skizofreni

Indikatoren skizofreni er i denne rapport defineret på basis af information i Det Centrale Psykiatrisregister (PCR) og Landspatientregisteret (LPR-PSYK og LPR3). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med skizofreni defineret ved diagnosen skizofreni stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 15-44 år.

Selv mord

Indikatoren selvmord er i denne rapport defineret på basis af information i Dødsårsagsregisteret (DAR). Registreringen af selvmord er baseret på specifikke ICD-10 koder (Bilag 2).

Kapitel 6: Somatiske sygdomme og ulykker

Type 2-diabetes

Indikatoren type 2-diabetes er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR). Ved definition af diabetes anvendes en modificeret version af algoritmen fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). I denne rapport er antallet af nye tilfælde med type 2-diabetes defineret ved diagnosen type 2-diabetes stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af diabetes. Personer der også har en hospitalsdiagnose for gestationel diabetes eller polycystisk ovariesyndrom (PCOS) er ekskluderet. De anvendte diagnosekoder og ATC-koder er specificeret i Bilag 2. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Iskæmisk hjertesygdom

Indikatoren iskæmisk hjertesygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregisteret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med iskæmisk hjertesygdom defineret ved diagnosen iskæmisk hjertesygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar)

Indikatoren cerebrovaskulær sygdom er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregisteret (LPR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med cerebrovaskulær sygdom defineret ved diagnosen cerebrovaskulær sygdom stillet på et hospital (indlæggelser og ambulante besøg), angivet ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Indikatoren KOL er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med KOL defineret ved diagnosen KOL stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af KOL (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Brystkræft

Indikatoren brystkræft er i denne rapport defineret på basis af oplysninger i Cancerregisteret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med brystkræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Lungekræft

Indikatoren lungekræft er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregisteret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med lungekræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til kvinder på 30 år eller derover.

Tyk- og endetarmskræft

Indikatoren tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Cancerregisteret (CAR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med tyk- og endetarmskræft defineret ved specifikke diagnosekoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-diagnoser

Indikatoren muskel-skelet-diagnoser er i denne rapport beskrevet på basis af oplysninger i Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med muskel-skelet-diagnoser defineret ved specifikke diagnosekoder stillet på et hospital, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af muskel-skelet-diagnoser (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Muskel-skelet-smerter

Indikatoren selvrapporeret muskel-skelet-smerter er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Spørgsmålene lyder således: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?" Der spørges til følgende smerter: "Smerter eller ubehag i skulder eller nakke", "Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led", "Smerter eller ubehag i ryg eller lænd" med svarmulighederne: "Ja, meget generet", "Ja, lidt generet" og "Nej". I denne rapport er muskel-skelet-smerter defineret ved de personer der har svaret "Ja, meget generet" til et eller flere af de ovenstående spørgsmål. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Demens

Indikatoren demens er i denne rapport defineret på basis af oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR). I denne rapport er andelen af nye tilfælde med demens defineret ved diagnosen demens stillet på et hospital, angivet ved specifikke diagnosekoder, samt indløsning af recepter på apoteket på lægemidler til behandling af demens (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Multisygdom

Indikatorerne for multisygdom (hhv. 2 eller flere sygdomme og 4 eller flere sygdomme) er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregisteret (LPR), Det Centrale Psykiatriske register (PCR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR). Begrebet multisygdom beskriver en tilstand, hvor en person har flere langvarige/kroniske sygdomme samtidigt, dvs. en optælling af diagnoser. Listen over de specifikke sygdomme og tilhørende diagnosekoder eller lægemidler kan ses i Bilag 3. I denne rapport defineres multisygdom ved andelen af personer, der har to eller flere diagnoser og andelen der har fire eller flere diagnoser.

Tandsundhed hos voksne

Indikatoren tandsundhed hos voksne er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY).^{27, 28, 37} Spørgsmålet lyder således: "Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage? (Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svarkategorien 'alle tænder tilbage' bruges således selv om en eller flere visdomstænder er fjernet)" med svarmulighederne: "Ingen tænder tilbage", "0-9 tænder tilbage", "10-19 tænder tilbage", "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage". Tyve eller flere egne tænder anses af WHO for at være et funktionelt tandsæt.⁵⁰ I denne rapport er andelen med god tandsundhed defineret ved de personer der har svaret "20 eller flere tænder tilbage" og "Alle tænder tilbage" lagt sammen. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Faldulykker

Indikatoren faldulykker er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregisteret (LPR-ULYK og LPR3). I denne rapport er andelen af faldulykker defineret ved hospitalskontakter i forbindelse med en faldulykke, angivet ved specifikke ulykkeskoder (Bilag 2). Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kapitel 7: Kontakt med sundhedsvæsenet

Livmoderhalskræftscreening

Indikatoren livmoderhalskræftscreening er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder, der deltager i screening, defineret ved de kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Kvinder, der har fremeldt deres deltagelse i screeningen i en tidligere screeningsrunde og kvinder, der har fået fjernet livmoderen (total hysterectomi), er ikke inkluderet i invitationspopulationen. Populationen er afgrænset til kvinder på 30-64 år.

Brystkræftscreening

Indikatoren brystkræftscreening er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen af kvinder, der deltager i screening defineret ved, de kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af de inviterede kvinder. Kvinder, der har fremeldt deres deltagelse i screeningen i en tidligere screeningsrunde, er ikke inkluderet i invitationspopulationen. De fem regioner har ikke brugt samme start- og slutdato for de fem screeningsrunder, der indtil nu er gennemført, og derfor opgøres screeningsdeltagelsen per screeningsrunde og ikke per år. Nedenfor fremgår en oversigt over, hvornår de forskellige screeningsrunder er forløbet. Populationen er afgrænset til kvinder på 50-69 år.

TABEL B.1.1

Screeningsrunder af brystkræft.

Screening af brystkræft	
SCREENINGSRUNDE	ÅR
1	2007-2010
2	2009-2012
3	2011-2014
4	2013-2016
5	2016-2018
6	2018-2021

Screening for tyk- og endetarmskræft

Indikatoren screening for tyk- og endetarmskræft er i denne rapport defineret på basis af information i Dansk Tarmkræftscreening Database (DTS), som en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I denne rapport er andelen der deltager i screening defineret ved, de personer der har indsendt en afføringsprøve indenfor 3 måneder efter invitation, ud af alle inviterede personer. Populationen er afgrænset til personer på 50-74 år. Personer, der har fremeldt deres deltagelse i screeningen i en tidligere screeningsrunde, er ikke inkluderet i invitationspopulationen.

Brug af sundhedsydelser

Indikatorerne for brug af sundhedsydelser (dvs. kontakt til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge) er defineret på basis af information i Sygesikringsregisteret og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale

Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Kontakt til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge er defineret ved en eller flere kontakter til henholdsvis alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge i det pågældende år. I denne rapport er andelen, der har kontakt til alment praktiserende læge/praktiserende speciallæge behovsjusteret. Ved behovsjustering bruges information om personens selv vurderede helbred, langvarig sygdom og helbredsmæssige begrænsninger ved lettere fysisk aktivitet. Helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter er defineret ved følgende spørgsmål: "De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?" Der spørges til følgende aktiviteter: "Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle" og "At gå flere etager op ad trapper", med svarmulighederne: "Ja, meget begrænset", "Ja, lidt begrænset" og "Nej, slet ikke begrænset". Ved behovsjustering er helbredsmæssige begrænsninger ved aktiviteter angivet ved at have svaret "Ja, meget begrænset" til et eller to af de ovenstående spørgsmål. Se definition for de øvrige parametre ved behovsjustering under de enkelte afsnit. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Forebyggelige indlæggelser

Indikatoren forebyggelige indlæggelser er i denne rapport defineret på basis af informationer i Landspatientregisteret (LPR). En forebyggelige indlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse indenfor 9 specifikke diagnoser (Bilag 2). I denne rapport er andelen med forebyggelige indlæggelser defineret ved personer, der har én eller flere forebyggelige indlæggelser i løbet af et år. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Korttidsindlæggelser

Indikatoren korttidsindlæggelser er i denne rapport defineret på basis af information i Landspatientregisteret (LPR). En korttidsindlæggelse er defineret ved en hospitalskontakt i form af en akut indlæggelse på en afdeling inden for en række medicinske specialer listet i Bilag 5, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). Fra indførelse af version 3 af Landspatientregisteret (LPR-3, siden 2019) er korttidsindlæggelser defineret som indlæggelser på under seks timer. I denne rapport ser vi på andelen af personer, der i løbet af året har en eller flere korttidsindlæggelser. Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Visiteret hjemmepleje

Indikatorerne visiteret personlig pleje og praktisk hjælp er i denne rapport defineret på basis af information fra registeret Ældredokumentation (AEFV) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ I denne rapport ser vi på den andel, der er visiteret til hjemmehjælp, minimum én gang året. Visiteret hjemmehjælp er opdelt i to typer, personlig pleje og praktisk hjælp. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Kommunale sygeplejeydelser

Indikatoren kommunale sygeplejeydelser er i denne rapport defineret på basis af information i registeret Hjemmesygepleje (HJSP/AEHJSP) og behovsjusteret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ I denne rapport ser vi på den andel, der modtager sygeplejeydelser én eller flere gange i løbet af året. Populationen er afgrænset til personer på 65 år eller derover.

Førtidspension

Indikatoren førtidspension er i denne rapport defineret på basis af information i Arbejds-klassifikationsmodulet (AKM). I denne rapport er førtidspension defineret ved personer angivet som "Førtidspensionister". Populationen er her afgrænset til personer i aldersgruppen 30-64 år.

Mangel på social støtte

Indikatoren mangel på social støtte er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP).²³⁻²⁵ Spørgsmålet lyder således: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne: "Ja, altid", "Ja, for det meste", "Ja, nogle gange" og "Nej, aldrig eller næsten aldrig". I denne rapport er andelen, der oplever lav grad af social støtte defineret ved de personer, der har svaret "Nej, aldrig eller næsten aldrig". Populationen er afgrænset til personer på 30 år eller derover.

Kategorisering af uddannelseslængde

TABEL B.1.2

Oversigt over inddeling af uddannelsesniveau efter hovedområde (DISCED-15).

KATEGORI	BESKRIVELSE	EKSEMPEL	UDDANNELSESLÆNGDE (ÅR)
Grundskole	Grundskole		≤9
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Erhvervsfaglige uddannelser Gymnasiale uddannelser		10-12
Videregående uddannelse	Korte videregående uddannelser	Fx Erhvervsakademi	13-14
	Mellemlange videregående uddannelser	Fx pædagog, folkeskolelærer, tandplejer	15-16
	Lange videregående uddannelser Ph.d. og forskeruddannelse	Fx kandidat	≥17

Bilag 2

Koder for diagnoser og lægemidler

TABEL B.2.1

Koder for diagnoser og lægemidler anvendt i rapporten.

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
PSYKISK HELBRED						
Depression	PCR/LPR PSYK	F32, F33	296.09, 296.29, 296.99, 298.09, 300.49, and 300.19	N06A indikationskode 168 (depression)	ICD og/ eller ATC	(51)
Angst	PCR/ LPR- PSYK/ LPR/LSR	F40.1, F41.1		Indikationskoder 163, 371	ICD og/ eller indikations- kode	(51, 52)
Bipolar lidelse	PCR/ LPR- PSYK/ LPR/LSR	F30, F31	296.19, 296.39	N05A, N06A med indika- tionskoder 491 (mani) eller 631 (behandling af bipolar lidelse)	ICD og/ eller ATC	(51)
Skizofreni	PCR/ LPR- PSYK/ LPR	F20	295, 297.19, 295.79, 296.8, 297.99, 301.83		ICD	(53)
Selv mord	DAR	X60-84, Y870			ICD	(54)
SOMATISK HELBRED						
Type 2-diabetes	LPR/LSR	E11 (ekskl. personer, der også har haft kontakt med enten E282 eller O244)	Fra 1977-1986 blev der ikke skelnet mellem type 1- og type 2-diabetes. Fra 1987-1993 koden 250	A10B: Blod-glucose sænkende midler, eksklusiv insuliner (eksklusiv A10BJ02), A10AE56	ICD og/ eller ATC	(53)
Iskæmisk hjertesygdom	LPR	I20-25	410-414		ICD	(51)
Cerebrovaskulær sygdom	LPR	G45-46, I60-69	430-438		ICD	(52)
KOL	LPR	J40-44, J47, J96 Cystisk fibrose er ekskluderet: E84, E84.0, E84.1, E84.8, E84.9	490-492	Indikationskoder 379 (ved kronisk obstruktiv lungesygdom) og 464 (mod opblussen i kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)) R03AC18, R03AC19, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL09, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03DX07	ICD og/ eller ATC	(53)

Diagnose	Register	ICD-10	ICD-7/-8	ATC	Definition	Kilde
Brystkræft	CAR	C50	170		ICD	(51)
Lungekræft	CAR	C33-34	162, 163		ICD	(51)
Colorectal kræft	CAR	C18-21	153 (Colon incl. rectosigmoid), 154 (Rectum excl. anus)		ICD	(51)
Muskel-skelet-diagnoser	LPR/LSR	M00-M99	710-738	ATC for knogleskørhed: M05BA01, M05BA04, M05BA07, M05BA06, M05BB01, M05BB03, M05BX03, G03XC01, H05AA02, H05AA03	Ledsygdomme, Slidgigt, Rygsygdomme, Fibromyalgi: ICD Knogleskørhed: ICD og/eller ATC	(51, 52)
Demens	LPR/LSR	F00-F03, G30	290-290.19	N06D	ICD og/eller ATC	(51)
Forebyggelige indlæggelser	LPR	Dehydrering: E869 Forstoppelse: K590 Nedre luftvejssygdom: J12-15, J18, J20-22, J40-47 Blærebetændelse: N30 (undtaget N303 og N304) Gastroenteritis: A09 Brud: S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92 Ernæringsbetinget anæmi: D50, D51, D52, D53 Sociale og plejemæssige forhold: Z59, Z74, Z75 Tryksår: L89			ICD	
Faldulykker	LPR-ULYK/ LPR	EUBA, EUBB, EUHE			ICD	

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, CAR: Cancerregisteret, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, LPR: Landspatientregisteret, LPR-PSYK: Landspatientregisteret version 2 for psykiske lidelser, LPR_ULYK: Landspatientregisteret version 2 for ulykker, LSR: lægemiddelstatistikregisteret, PCR: Det Centrale Psykiatriske Register.
Kilder: Hvidberg et al.⁵¹, Schiøtz et al. 2017⁵², Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS)⁵³ og Sundhedsdatastyrelsens dokumentation af registre og tilhørende tabel- og variabelkoder.⁵⁴

Bilag 3

Koder og lægemidler brugt til definition af multisygdom

TABEL B.3.1

Koder for diagnoser og lægemidler for multisygdom anvendt i rapporten. Multisygdom defineret ud fra de nedenfor listede sygdomme er beskrevet i et tidligere dansk studie.⁵⁵ Udtræksalgoritmerne er baseret på de henviste kilder. I enkelte tilfælde er algoritmen modificeret fra kilden. Dette er præsenteret i tabellen under kilde.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Diabetes	E10: Type 1-diabetes E11: Type 2-diabetes	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, eksklusiv insuliner (eksklusiv A10BJ02)	(53)
Knogleskørhed	M80: Osteoporose med patologisk fraktur M81: Osteoporose uden patologisk fraktur M82: Osteoporose ved sygdom klassificeret andetsteds	Bisfosfonater: M05BA01: etidronsyre M05BA04: alendronsyre M05BA06 (kun 150 mg tabletter): ibandronsyre M05BA07: risedronsyre Bisfosfonater kombinationer: M05BB01: etidronsyre og calcium, sekvenspræparater M05BB03: alendronsyre og colecalciferol Strontiumranelat: M05BX03: strontiumranelat Raloxifen: G03XC01: raloxifen Teriparatid: H05AA02: teriparatid Parathyroidhormon: H05AA03: parathyroideahormon	(53)
Sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen inkl. struma	E00: Medfødt jodmangelsyndrom E01: Jodmangelrelaterede lidelser i skjoldbrusk-kirtlen og beslægtede tilstande E02: Kompenseret jodmangelbetinget myksødem E03: Anden hypothyroidisme E04: Anden atoksisk struma E05: Tyrotoksikose E06: Betændelse i skjoldbrusk-kirtlen E07: Andre sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen	H03: thyreoidea-terapi	(51)
Iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt	I20: Angina pectoris (hertekrampe) I21: Akut myokardieinfarkt I23: Komplikationer i efterløbet af akut myokardieinfarkt I24: Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom I25: Kronisk iskæmisk hjertesygdom I50: Hjertesvigt I11 Hypertensiv hjertesygdom I13 Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom	C01A: hjerteglycosider C01B: anti-arytmica, klasse I og III C01D: vasodilatorer anvendt ved hjertesygdomme C01E: andre midler til hjerteterapi C01AA05: digoxin C09A: ACE-hæmmere, usammensatte med indikationskoden 430	(52) med supplerende ATC-koder: C01AA05 og C09A
Pulmonal hjertesygdom og sygdomme i lungekredsløbet	I26: Blodprop i lunge I27: Anden pulmonal hjertesygdom I28: Andre sygdomme i lungekredsløbet		(51)
Atrieflimren og -flagren	I48: Atrieflagren og atrieflimren		(51)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Hjerteklap-sygdom	I05: Reumatiske affektioner af mitralklappen I06: Reumatiske affektioner af aortaklappen I34: Ikke-reumatiske sygdomme i mitralklappen I35: Ikke-reumatiske sygdomme i aortaklappen		(51)
Aterosklerose (åreforkalkning)	I70: Åreforkalkning		(51)
Årebetændelse	I80: Årebetændelse		(51) med undtagelse af I81 og I82
Inflammatoriske tarmsygdomme	K50: Crohns sygdom K51: Ulcerøs colitis		(51)
Colon irritable (IBS)	K58: Irritabel tyktarm		(51)
Sygdomme i lever, galdevejene og bugspytkirtlen	K71: Toksisk leversygdom K72: Leverinsufficiens IKA K73: Kronisk leverbetændelse IKA K74: Fibrose i lever og skrumpeliver K75: Andre former for betændelse i leveren K76: Andre leversygdomme K77: Leverlidelse ved sygdomme klassificeret andetsteds K86.1: Anden form for kronisk pankreatitis K87: Sygdomme i galdeblæren, galdevejene og bugspytkirtlen ved sygdomme klassificeret andetsteds		(51), eksklusiv koder for alkoholafhængighed for at undgå overlap.
Blodprop/blødning i hjernen	G45: Transitorisk cerebral iskæmi og beslægtede syndromer G46: Symptomkomplekser ved cerebrovaskulære sygdomme I60: Subaraknoidalblødning I61: Hjerneblødning I62: Andre ikke-traumatiske intrakranielle blødninger I63: Hjerneinfarkt I64: Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt I65: Okklusioner og stenoser af præcerebrale arterier uden hjerneinfarkt I66: Okklusioner og stenoser af cerebrale arterier uden hjerneinfarkt I67: Andre cerebrovaskulære sygdomme I68: Karforandringer i hjernen ved sygdomme klassificeret andetsteds I69: Senfølger efter karsygdomme i hjernen		(52)
Epilepsi	G40: Epilepsi G41: Status epilepticus	N03: antiepileptica N05BA: benzodiazepin-derivater N05CD: benzodiazepin-derivater De to sidste kun med indikationskode 155 eller 753	(56)
Migræne/hyppig hovedpine	G43: Migræne G44: Andre hovedpinesyndromer	N02C: midler mod migræne	(51)
Demens	F00: Demens ved Alzheimers sygdom F01: Vaskulær demens F02: Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds F03: Ikke specificeret demens G30: Alzheimers sygdom G31.8B: Hjernebarksdegeneration G31.8E: Lewy body sygdom G31.9: Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS G31.0B: Picks sygdom	N06D og indikationskoderne: 329 (demens), 330 (Alzheimers demens) eller 331 (Alzheimers sygdom)	(52)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Parkinson	G20: Parkinson sygdom G21: Sekundær parkinsonisme G22: Parkinsonisme ved sygdomme klassificeret andetsteds F02.3: Demens ved Parkinsons sygdom	N04: anti-parkinson midler	(51)
Sklerose	G35: Dissemineret sklerose (Multipel sklerose)		(51)
Kronisk obstruktiv lungesygdom	J40: Bronkitis ikke specificeret som akut eller kronisk J41: Kronisk bronkitis uden obstruktion J42: Kronisk bronkitis ikke nærmere specificeret J43: Lungeemfysem J44: Kronisk obstruktiv lungesygdom J47: Udvidelse af bronkier J96: Respirationsinsufficiens IKA	Indikationskoder 379 og 464 <ul style="list-style-type: none"> • Indacaterol (R03AC18) • Olodaterol (R03AC19) • Salbutamol og ipratropiumbromid (R03AL02) • Vilanterol og umeclidiniumbromid (R03AL03) • Indacaterol og glycopyrroniumbromid (R03AL04) • Formoterol og aclidiniumbromid (R03AL05) • Olodaterol og tiotropiumbromid (R03AL06) • Beclometasondipropionat, formoterol, glycopyrroniumbromid (R03AL09) • Tiotropiumbromid (R03BB04) • Aclidiniumbromid (R03BB05) • Glycopyrroniumbromid (R03BB06) • Umeclidiniumbromid (R03BB07) • Roflumilast (R03DX07) 	(52)/(53) Eksklusiv cystisk fibro (ICD-10: DE84 og ATC-kode: R05CB13).
Astma	J45: Astma	R03DC03: montelukast Indikationskoder 202, 203, 822	(53) Eksklusiv cystisk fibro (ICD-10: DE84 og ATC-kode: R05CB13).
Kronisk nyresygdom og kronisk nyresvigt	N18: Kronisk nyreinsufficiens		(51)
Kræft i fordøjelsesorganer	C15-C26: Kræft i fordøjelsesorganer		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen	C30-C39: Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Modermærkekræft i hud	C43: Modermærkekræft i hud		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Brystkræft	C50: Brystkræft		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i kønsorganer	C51-C58: Kræft i de kvindelige kønsorganer C60-C63: Kræft i de mandlige kønsorganer		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Anden kræft (ikke metastaser)	C00-C14: Kræft i læber, mundhule og svælg C40-C41: Kræft i knogler og ledbrusk C45-C49: Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv C64-C68: Kræft i nyre og urinveje C69-C72: Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet C73-C75: Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler C81-C96: Kræft i lymfatisk og bloddannede væv		(52), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Depression	F32: Depressiv enkeltepisode F33: Periodisk depression F34.1: Dystymi F06.32: Organisk depressiv sindslidelse	N06A: antidepressiva med indikationskode 168	(51)
Angst	F40.1: Fobiske angsttilstande F41.1: Andre angsttilstande	Alle recepter med indikationskoderne: 163 og 371	(52)
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser	F20: Skizofreni F21: Skizotypisk sindslidelse F22: Paranoide psykoser F25: Skizoaffektive psykoser F28: Andre ikke-organiske psykoser F29: Ikke specificeret ikke-organisk psykose	N05AX13, N05AX12, N05AH03, N05AX08 Eksklusivt indikationskoder 491 og 631	(52), med undtagelse af F31, som er medtaget i bipolar affektiv sindslidelse
Bipolar affektiv sindslidelse	F30: Manisk enkeltepisode (med i Hvidberg under denne kategori) F31: Bipolar affektiv sindslidelse	N05A: antipsychotica N06A: antidepressiva Med indikationskoderne: 491 og 631	(51)
Posttraumatisk belastningsreaktion	F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion		(56)
Tvangslidelse	F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand	N06A: antidepressiva med indikationskoderne 472 og 596	(51)
Spiseforstyrrelse	F50: Spiseforstyrrelser		(56)
Andre eftervirkninger/tilstande af alkoholafhængighed	G31.2: Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol G62.1: Alkoholisk polyneuropati G72.1: Alkoholisk myopati K29.2: Alkoholisk gastritis K70: Alkoholisk leversygdom K86.0: Kronisk alkoholisk pankreatitis		(56)
Allergisk rhinoconjunctivitis	J30.1: Pollenuløst allergisk rinitis J30.2: Anden sæsonbetinget allergisk rinitis J30.3: Ikke-sæsonbetinget allergisk rinitis J30.4: Allergisk rinitis UNS	V01AA02: græspollen V01AA03: husstøvmider V01AA05: træpollen V01AA11: dyr R01AC: antiallergiske midler, excl. corticosteroider R01AD: corticosteroider R06A: antihistaminer til systemisk brug S01G: decongestantica og antiallergica R01BA52: pseudoephedrin, kombinationer	(52)
HIV/AIDS	B20: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom medførende infektiøse og parasitære sygdomme B21: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med neoplastisk sygdom B22: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med andre specificerede sygdomme B23: Andre tilstande ved HIV-sygdom B24: HIV-sygdom og AIDS uden nærmere specificering		(51)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Ledsygdom	M05: Seropositiv leddegigt M06.0: Seronegativ reumatoid arthritis M06.8: Anden form for reumatoid arthritis M07.0: Psoriatisk arthritis i distale interfalangealled M07.1: Arthritis psoriatica mutilans M07.3: Anden form for psoriatisk artropati M10.0: Urinsur gigt M10.9: Urinsur gigt, andet	Indikationskoder 147, 402, 641	(52)
Slidgigt	M15: Slidgigt i flere led M16: Slidgigt i hofte M17: Slidgigt i knæ M18: Slidgigt i tommelfingers rodled M19: Andre former for slidgigt		(52)
Rygsygdom	M40-M43: Deformerede rygsygdomme M40: Kyfose og lordose M41: Skoliose M42: Osteokondrose i rygsøjlen M43: Andre deformerende rygsygdomme M45-M49: Spondylopatier M45: Spondylitis ankylopoietica M46: Andre inflammatoriske spondylopatier M47: Spondylose M48: Andre sygdomme i rygsøjlen M49: Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme klassificeret andetsteds M50-M54: Andre ryglidelser M50: Sygdomme i halshvirvelsøjlels båndskiver M51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver M53: Andre ryglidelser IKA M54: Rygsmerter		(52)
Fibromyalgi	M79.7: Fibromyalgi		(51)
Rygmarvsskader/ Spinaltraume og syndromer med lammelse	G81: Hemiplegi G82: Paraplegi og tetraplegi G83: Andre syndromer med lammelse S14: Læsion af nerver og rygmarv i halsregionen S24: Læsion af nerver og rygmarv i brystregionen S34: Læsion af nerver og rygmarv i lænd- og bækkenregionen T09.3: Læsion af rygmarven UNS		(56)
Blindhed	H54: Blindhed og svagsyn		(51)
Tinnitus	H93.1: Tinnitus		(56)
Medfødte misdannelser	Q00-Q99: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier		(51)

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, CAR: Cancerregisteret, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, LPR: Landspatientregisteret, PCR: Det Centrale Psykiatrisregister, LSR: Lægemiddelstatistikregisteret.

Kilder: Lægehåndbogen⁵⁶, Hvidberg et al.⁵¹, Schiøtz et al. 2017,⁵² og Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS)⁵³

Bilag 4

Kodning af vaccinationer

I dette bilag beskrives ATC-koder for vaccinationer anvendt i rapporten (Tabel B.4.1) samt sammenhængen mellem fødselsårgang og opfølgingsår for de tre vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet (Tabel B.4.2).

TABEL B.4.1

ATC-koder for DiTeKiPol/Hib, MFR og HPV

Vaccination	Anbefalet alder for vaccination	ATC-koder
DiTeKiPol/Hib (difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste, polio, Ha-emophilus influenza type b) Revaccination DiTeKiPol (difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste, polio)	3 mdr. 5 mdr. 12 mdr. 5 år (revaccination)	J07AJ51, J07AJ52, J07CA02, J07CA06, J07CA09, J07CA12.
MFR (Mæslinger, Fåresyge, Røde hunde)	15 mdr. 4 år (12 år indtil 2004)	J07BD52, J07BD54.
HPV (Human Papillomavirus)	12 år	J07BM01 - J07BM03.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til børnevaccinationsprogrammerne har ændret sig over tid, hvorfor forskellige fødselsårsgange i nogle tilfælde har samme opfølgningstidspunkt.^{39, 40}

TABEL B.4.2

Sammenhæng mellem fødselsårsgange og opfølgingsår for DiTeKiPol/Hib, MFR og HPV.

Vaccination	Fødselsårgang	Opfølgingsår
DiTeKiPol/HIB	2007	2013
	2011	2017
	2015	2021
MFR	2000, 2008	2013
	2004, 2012	2017
	2016	2021
HPV	1999	2013
	2003	2017
	2007	2021

Bilag 5

Koder for medicinske specialer

Ændringer i koderne for medicinske specialer fra Landspatientregisterets version 2 (LPR-2) til version 3 (LPR-3). Disse er brugt ved definitionen af korttidsindlæggelser:

LPR-2 (før marts 2019):

Intern medicin (01), geriatri (02), hepatologi (03), hæmatologi (04), infektionsmedicin (05), kardiologi (06), medicinsk allergologi (07), medicinsk endokrinologi (08), medicinsk gastroenterologi (09), medicinsk lungesygdomme (10), nefrologi (11), reumatologi (12), palliativ medicin (14), akut medicin (15), dermatovenerologi (18), neurologi (19), onkologi (22), fysiurgi (26) og tropemedicin (28).

LPR-3 (efter marts 2019):

Intern medicin, geriatri, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, medicinsk allergologi, endokrinologi, medicinsk gastroenterologi, lungesygdomme, nefrologi, reumatologi, akutmedicin, dermato-venerologi, neurologi, klinisk onkologi.

Bilag 6

Ændringer i forhold til rapporten fra 2020

Følgende ændringer er foretaget for denne rapport sammenlignet med den tidligere version af rapporten fra 2020 (2020-rapporten):

Indikatorer

- Skizofreni og Bipolar lidelse: Indikatorerne opgøres for populationen i alderen 15-44 år og med forældres uddannelseslængde som mål for socioøkonomisk position, da lidelserne debuterer i en ung alder og der kan forekomme omvendt årsagssammenhæng. Det er desuden svært at koble ældre aldersgrupper med deres forældres CPR-nummer og dermed uddannelseslængde. I 2020-rapporten var indikatorerne også opgjort i forhold til egen uddannelse.
- Stofbrug: Indikatoren er opgjort for kvinder og mænd lagt sammen, da der er for få, der har taget stoffer inden for det seneste år til at resultaterne kan vises opdelt på køn grundet persondatabeskyttelse.
- Alkoholindtag: Indikatoren for ugentligt alkoholindtag er opdateret, så den er i overensstemmelse med de nye anbefalinger med maks. 10 genstande om ugen for begge køn, hvor det tidligere var 14 for kvinder og 21 for mænd.
- Livmoderhalskræftscreening: Indikatoren er opdateret, så kvinder, som har fået foretaget en total hysterektomi, ekskluderes.
- Screening for tyk- og endetarmskræft: Indikatoren er opdateret, så deltagelse er defineret som en indsendt afføringsprøve inden for 3 måneder efter invitationen (i 2020-rapporten var det 4,5 måneder).
- Fysisk inaktivitet og Ophobning af risikofaktorer: Indikatorerne er opdaterede og vises kun for 2021, da målingen for fysisk aktivitet har ændret sig fra tidligere målinger.
- Angst og Arbejdsmarkedstilknytning blandt unge uden ungdomsuddannelse: Disse to indikatorer er blevet tilføjet.
- Trafikulykker: Indikator for trafikulykker er ikke medtaget i denne rapport.
- Børnevaccinationsprogrammet: Indikatorerne for at være færdigvaccineret med vaccinationerne i børnevaccinationsprogrammerne beskrives i denne rapport som tre selvstændige indikatorer (DiTeKiPol/Hib, MFR og HPV).
- Tandsundhed hos børn: Indikatoren er opdateret, så tandeftersynet tættest på barnets 15-års fødselsdag og inden for 366 dage fra fødselsdagen er inkluderet i analysen. I 2020-rapporten var kun besøg i det år, børnene fyldte 15 år, medtaget.
- Fattigdom og Funktionsevne: Indikatorerne er kønsopdelt i denne rapport.
- Mangel på social støtte: Indikatoren er skiftet fra at være opdelt på langvarig sygdom til at være kønsopdelt.

Datakilder

- Der bruges opdaterede dataudtræk for populationen tilbage i tid (f.eks. LPR, BEF, KOTRE samt udtræk fra RKKP).
- Ændringer i forbindelse med skiftet fra Landspatientregisteret version 2 (LPR-2) til version 3 (LPR-3):
 - Korttidsindlæggelser var kodet ud fra én variabel i LPR-2, hvor dette er kodet ud fra flere variable i LPR-3.
 - Ændring i koderne for medicinske specialer (se Bilag 5).
- Uafsluttede kontakter og privathospitalskontakter registreret i Landspatientregisteret (LPR-2) er tilføjet.
- Spørgeskemaet Arbejdsmiljø Helbred (AH) er blevet udskiftet med National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt lønmodtagere (NOA-L).

Kodning, definitioner og population

- Uddannelsesformaterne på Danmarks Statistik er opdateret.
- Personer med uoplyst uddannelseslængde indgår ikke i rapportens tabeller og figurer.
- Sygdomsdefinitioner er i nogle tilfælde opdateret (bl.a. på grund af opdateringer af RUKS), f.eks. er ICD-koder for lungekræft samt tyk- og endetarmskræft ændret for at definere sygdommene mere præcist.
- Børnevaccinationer bliver i denne rapport defineret ud fra ATC-koder for vaccinationerne i stedet for vaccine-ID.
- Opfølgningstiden for børnevaccinationer er ændret fra fødselsdatoen i opfølgningsåret til udgangen af opfølgningsåret.
- Ændring i kodningen af selvformåen blandt skolebørn (benævnt "self-efficacy" i 2020-rapporten).

Bilagsreferencer

1. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
2. Bliddal M, Broe A, Pottgard A, Olsen J, Langhoff-Roos J. The Danish Medical Birth Register. *Eur J Epidemiol*. 2018;33(1):27-36.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase (BDB). København: Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Citeret 19. august 2024]. Tilgængelig fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen>.
4. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.
5. Mors O, Perto GP, Mortensen PB. The Danish psychiatric central research register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):54-7.
6. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish national health service register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
7. Gjerstorff ML. The Danish cancer registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):42-5.
8. Rygaard C. The Danish quality database for cervical cancer screening. *Clin Epidemiol*. 2016;8:655-60.
9. Mikkelsen EM, Njor SH, Vejborg I. Danish quality database for mammography screening. *Clin Epidemiol*. 2016;8:661-6.
10. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Dansk tarmkræftscreening database. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.; 2020 [Citeret 9. marts 2020]. Tilgængelig fra: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-tarmkraftscreening-database-dts/>.
11. Holt N, Mygind A, Bro F. Danish MMR vaccination coverage is considerably higher than reported. *Danish Medical Journal*. 2017;64(2).
12. Sundhedsstyrelsen. Ansøg om SCOR-data hos Forskerservice. København: Sundhedsstyrelsen; 2019 [Citeret 29. november 2019]. Tilgængelig fra: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/ansoeg-om-scor_data111219.
13. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
14. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
15. Petersson F, Baadsgaard M, Thygesen LC. Danish registers on personal labour market affiliation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):95-8.
16. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):26-9.
17. Danmarks Statistik. Statistikdokumentation for flytninger til og fra udlandet 2016. København: Danmarks Statistik; 2016 [Citeret 1. juli 2019]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/flytninger-til-og-fra-udlandet>.

18. Danmarks Statistik. Ældredokumentation. København: Danmarks Statistik; 2024 [Citeret 1. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation>.
19. Danmarks Statistik. Hjemmesygepleje. København: Danmarks Statistik; 2024 [Citeret 1. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkaar/sundhed/hjemmesygepleje>.
20. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster. København: Danmarks Statistik; 2024 [Citeret 1. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster>.
21. Arbejdstilsynet. National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt lønmodtagere. NOA-L 2021. Arbejdstilsynet; 2021 [Citeret 11. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://at.dk/media/7321/national-overvaagning-arbejdsmiljoe-loenmodtagere.pdf>.
22. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
23. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
24. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2018.
25. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Copenhagen: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen; 2022 10.3.
26. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Copenhagen: Statens Institut for Folkesundhed; 2012 [Citeret 31.03. 2023].
27. Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
28. Ekholm O, Davidsen M, Christensen AI, Juel K. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
29. Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København: Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed (FoBUS) og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2011.
30. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
31. Rasmussen M, Pedersen T, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
32. Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, Holstein BE, Kristoffersen MJ, Pedersen TP, et al. Skolebørnsundersøgelsen : helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse i Danmark. Årgang 2022. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2023. 166 sider p.
33. Danmarks Statistik. Ulighedsmål: Gini-koefficient. København: Danmarks Statistik; 2019.
34. OECD. OECD Income distribution database (IDD): Gini, poverty, income, methods and concepts. Paris: OECD; 2020 [Citeret 1. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm>.
35. Quitzau J. Revision af indkomststatistikken for 2013. København: Danmarks Statistik; 2014.
36. Caspersen S. Sørgelig rekord: Der har aldrig været flere fattige børn. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2018.

37. Jensen HAR, Møller SR, Davidsen M, Christensen AI, Ekholm O. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2022.
38. Marsal K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr.* 1996;85(7):843-8.
39. Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet 2023. Årsrapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
40. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens serum I. Børnevaccinationsprogrammet - Årsrapport 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
41. Statens Serum Institut. Så går HPV-vaccination til drenge i gang. København: Statens Serum Institut; 2019 [Citeret 11. juli 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2019/sa-gar-hpv-vaccination-til-drenge-i-gang>.
42. Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick: NJ: Rutgers University Press; 1965.
43. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
44. Jensen HAR, Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Illegale stoffer. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
45. Ekholm O, Jensen HAR, Davidsen M, Christensen AI. Illegale stoffer. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
46. Ekholm O, Jensen HAR, Møller SR, Davidsen M, Christensen AI. Illegale stoffer. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2023.
47. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
48. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
49. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2012.
50. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent.* 2004;64(3):127-35.
51. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glümer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. *Scand J Public Health.* 2016;44(5):462-79.
52. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health.* 2017;17(1):422.
53. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. *eSundhed.dk2023* [Citeret 15. december 2023]. Tilgængelig fra: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser#tabpanel90E2D5996FDC4CCCB9C7EC5DD261F051>.
54. Sundhedsdatastyrelsen. Dokumentation af registre af tilhørende tabel- og variabelkoder (eSundhed). *eSundhed.dk: Sundhedsdatastyrelsen*; 2024 [Citeret 29. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.esundhed.dk/Dokumentation?rid=17&tid=98&vid=954>.
55. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Tolstrup JS, Schramm S. Patterns of multimorbidity and demographic profile of latent classes in a Danish population-A register-based study. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237375.
56. Sundhed.dk. Lægehåndbogen. *Sundhed.dk: Sundhed.dk*; 2024 [Citeret 29. november 2024]. Tilgængelig fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

Sundhed for alle ♥ + ●