Resultater fra rapporterne

Sygdomsbyrden i Danmark 2022

— sygdomme og risikofaktorer

SUNDHEDSSTYRELSEN

Resultater fra rapporterne
Sygdomsbyrden i Danmark 2022
— sygdomme og risikofaktorer

© Sundhedsstyrelsen, 2023

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Version: 1.0
Dato: 15.02.2023

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Lars Wittrock for Sundhedsstyrelsen

Marts 2023

SVANEMÆRKET
Miljømærket tryksag
5041 0751

Grundlag for prioritering på folkesundhedsområdet

Der vil altid være behov for at foretage prioriteringer af investeringer på folkesundhedsområdet. Der findes ikke én autoritativ kilde til prioritering men flere perspektiver, som skal vejes sammen, sådan at der kan sættes ind mod de væsentligste folkesundhedsproblemer, der kan gøres noget effektivt ved.

De to nye sygdomsbyrderapporter om risikofaktorer og sygdomme indeholder unikke data, som viser, hvor der kan skabes forbedringer på befolkningsniveau, og hvilke grupper der har brug for en særlig indsats.

Rapporterne supplerer andre kilder og perspektiver, der kan bruges til at prioritere mellem indsatser på folkesundhedsområdet. Det kan være faglige oplæg på specifikke områder, hvor der fx peges på viden om, hvordan man kan forebygge og behandle, og samtidig sikre at indsatserne er omkostningseffektive. Det faglige grundlag *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser* er et eksempel herpå.

Man kan også se på folkesundhedsfremme ud fra et livsforløbsperspektiv og prioritere at have indsatser på de kritiske tidspunkter i menneskers liv, dvs. i livsperioder, hvor risikoen er størst for negativ eller positiv påvirkning af personens helbred på lang sigt, og hvor indsatser derfor også har størst potentiale. Generelt er de vigtigste livsfaser i forhold til at sikre borgeres sundhed på lang sigt fra et menneskes undfangelse til det tredje leveår. Barndommen og ungdomsperioden er også centrale. Herudover er overgangen til alderdom også en tid, hvor der kan være særligt fokus på at fastholde funktionsniveau og sikre trivsel.

Global Burden of Disease

Sygdomsbyrderapporterne tager afsæt i og bygger videre på metoderne i de internationale opgørelser Global Burden of Disease, som siden begyndelsen af 1990'erne har vist, hvad dødeligheden og funktionsnedsættelsen er ved centrale sygdomme, ulykker og risikofaktorer. De internationale opgørelser har til formål at vise internationale trends, fx at smitsomme sygdomme i betydning overhales af ikke-smitsomme sygdomme som hjerte- og kræftsygdomme samt ulykker og mental mistrivsel. Opgørelserne estimerer også forebyggeligheden af sygdomme. Rapporterne lægger op til internationale drøftelser af potentialer for forebyggelse af sygdom og ulykker på grundlag af ligheder og forskelle mellem lande samt udviklingen over tid koblet med viden om gennemførte indsatser.

De danske sygdomsbyrderapporter supplerer viden fra Global Burden of Disease ved at give yderligere viden om flere byrdemål som indlæggelser, ambulante hospitalskontakter, kontakter i almen praksis, medicin, hjemmehjælp, langvarigt sygefravær og førtidspension.

Rapporternes metode

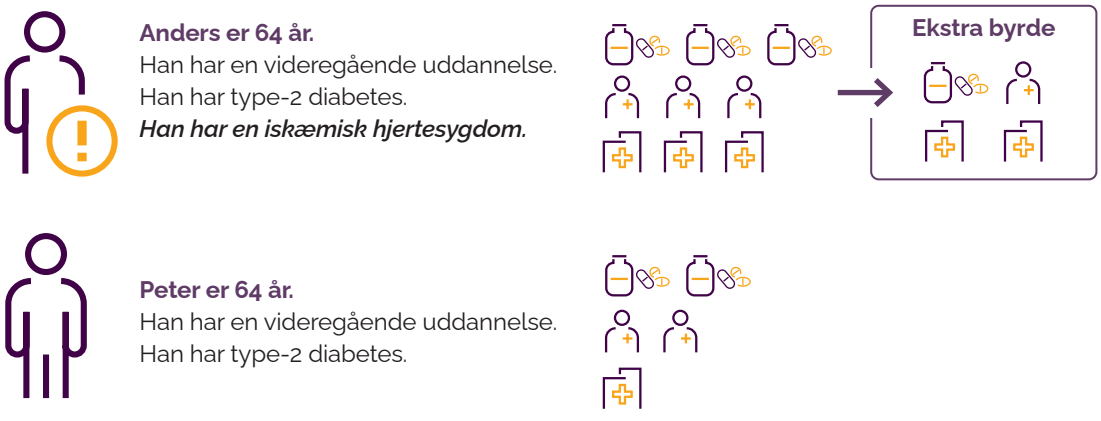
Rapporterne rummer viden om sundhedsudfordringer på befolkningsniveau. De giver et billede af, hvordan udvalgte sygdomme og risikofaktorer belaster samfundet, sundhedsvæsenet og borgerne mest.

Sygdomsbyrderapporterne estimerer sygdomsbyrden for 9 udvalgte risikofaktorer og 15 udvalgte sygdomme. De er udvalgt, fordi de har et vist forebyggelsespotentiale, udgør en betydelig vægt i forhold til opgørelser for Danmark i det internationale sygdomsbyrdeprojekt Global Burden of Disease, og der samtidig er mulighed for at opgøre byrden baseret på registre og spørgeskemaundersøgelser. Sygdomsbyrden opgøres i form af dødelighed, kontakter i sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet samt samfundsøkonomiske konsekvenser ved omkostninger i sundhedsvæsenet og tabt produktion. Derudover er der set på den sociale ulighed for hver risikofaktor og sygdom ved at sammenligne, hvad byrden er for tre forskellige uddannelsesgrupper.

Rapporterne bygger på data fra de nationale sygdomsregistre fx landspatientregisteret og dødsårsagsregisteret og på befolkningsundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil.

Rapporterne estimerer den ekstra byrde ved en given risikofaktor eller sygdom ved at sammenligne med en population *uden* den givne risikofaktor eller sygdom. Eksempelvis giver rapporterne svar på, hvor mange ekstra dødsfald pr. år, der er blandt personer *med* iskæmisk hjertesygdom set i forhold til personer i en referencepopulation *uden* iskæmisk hjertesygdom. Begge grupper er udover sygdommen helt ens, det vil sige, de har samme køn, alder og uddannelseslængde samt sygelighed/risikofaktorprofil.

Figur 1. Illustration af metoden med ekstra byrde ved iskæmisk hjertesygdom.



Udvalgte resultater fra rapporterne

Rapporterne er meget omfattende og indeholder mange detaljerede beregninger om sygdomme og risikofaktorer. I det følgende beskrives de overordnede resultater, og hvad de kan bruges til.

Sygdomme

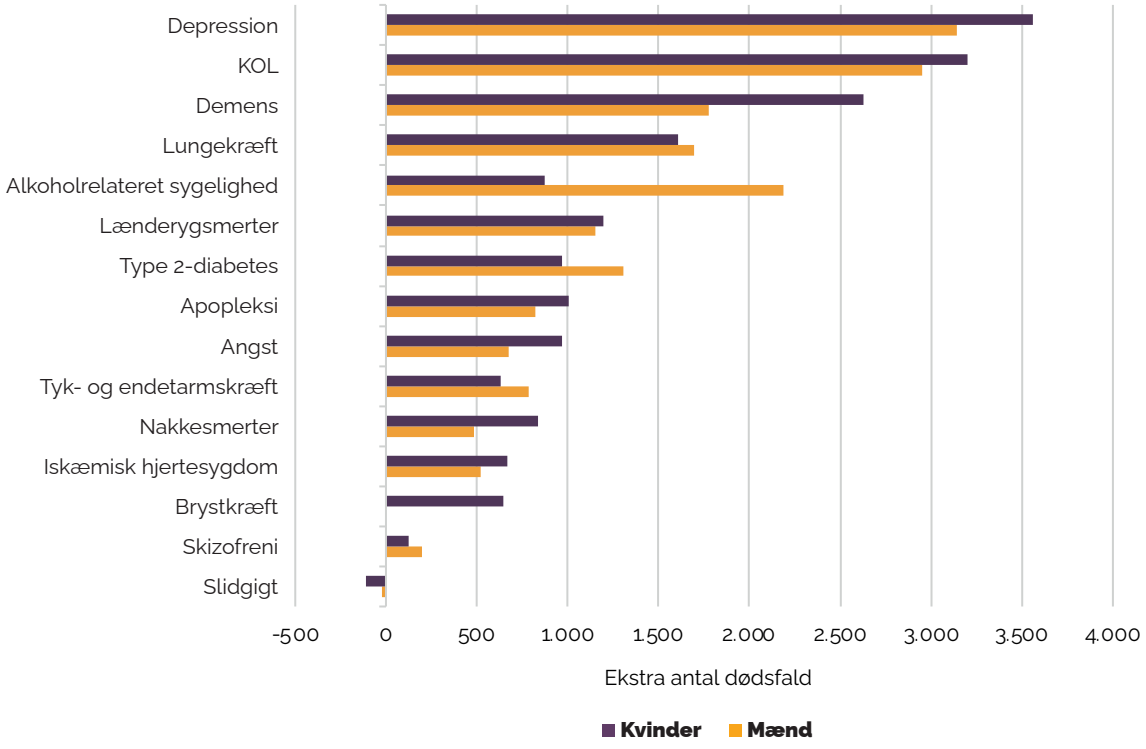
I det følgende beskrives udvalgte resultater fra Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – sygdomme.

Dødsfald

Der ses flest ekstra dødsfald årligt blandt borgere med depression, KOL og demens. For depression er der 6.700 ekstra dødsfald årligt, og for KOL er der 6.154 ekstra dødsfald årligt. Til sammenligning dør der hvert år cirka 55.000 personer i Danmark. Depression i sig selv er ikke en direkte årsag til død, men der er en overdødelighed dels på grund af selvmord blandt borgere med depression, dels på grund af andre sygdomme som fx hjertesygdomme og kræft.

For alkoholrelateret sygelighed ses desuden en betydelig kønsforskel, idet der er mere end dobbelt så mange dødsfald årligt blandt mænd end blandt kvinder. Det hænger sammen med, at der er væsentligt flere mænd end kvinder med skadeligt alkoholforbrug.

Figur 2. Ekstra antal dødsfald blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



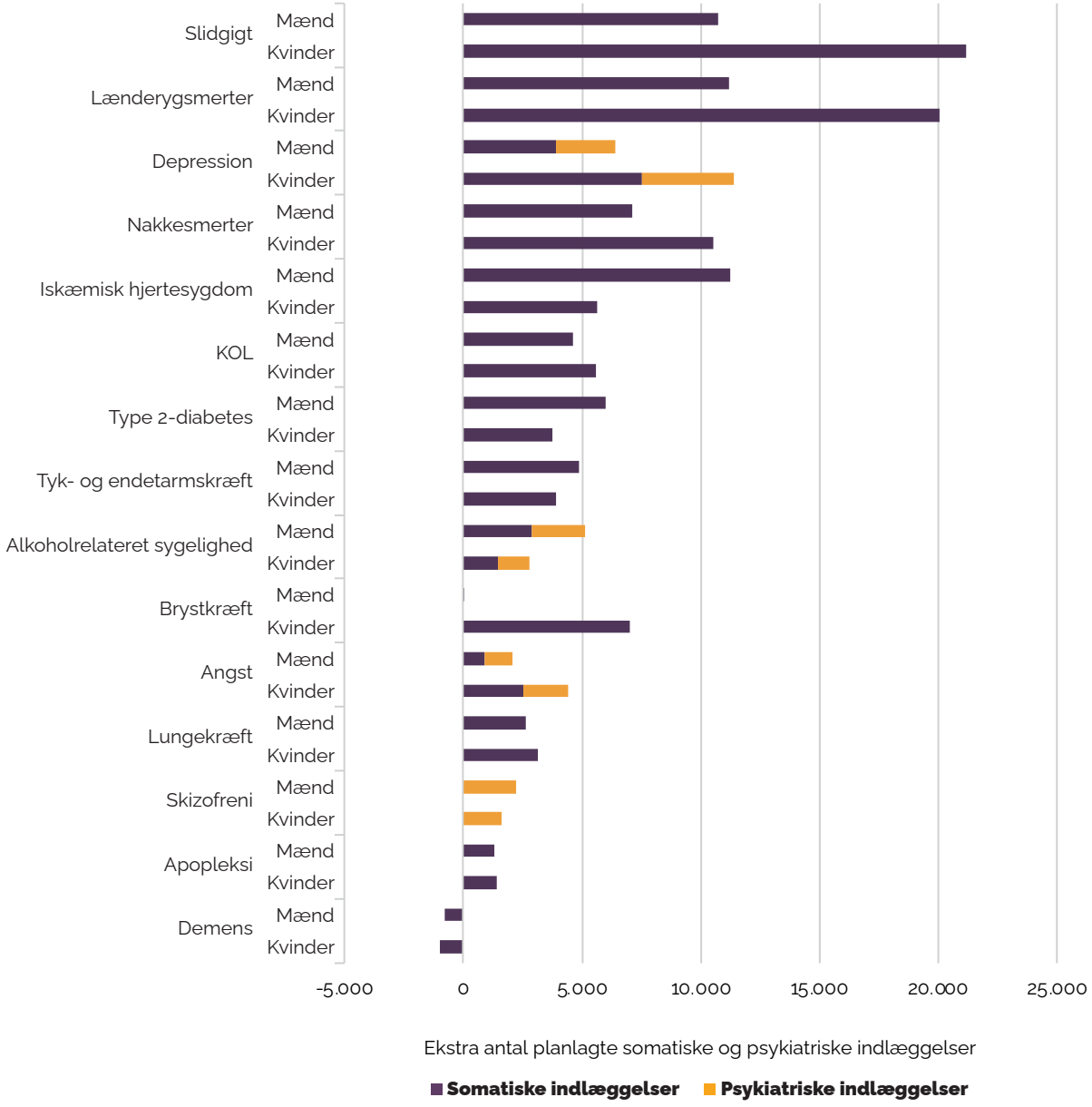
Note: Ekstra antal dødsfald blandt personer med brystkræft (kvinder), type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter (kvinder) og slidgigt er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra dødsfald i aldersgruppen 16-29 år. Ekstra dødsfald blandt personer med lungekræft og tyk- og endetarmskræft er opgjort blandt personer i alderen 50 år eller derover grundet få ekstra dødsfald i de resterende aldersgrupper. Ekstra dødsfald blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover. Figuren er en kopi af figur 1.1.3. i Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

Planlagte og akutte indlæggelser (somatiske og psykiatriske)

Det højeste antal planlagte somatiske indlæggelser ses blandt personer med slidgigt og lænderygsmerter, depression og nakkesmerter. Eksempelvis er der årligt mere end 31.000 ekstra planlagte og 37.000 ekstra akutte indlæggelser blandt personer med slidgigt. Ekstra indlæggelser blandt patienter med slidgigt udgør mere end 10 % af alle planlagte indlæggelse og cirka 4 % af alle akutte indlæggelser. Blandt borgere med depression er der årligt mere end 17.000 planlagte og 101.000 akutte indlæggelser. De tal udgør mere end halvdelen af alle psykiatriske indlæggelser og hhv. cirka 4 og 9 % af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser.

Der er betydelig kønsforskel i forhold til somatiske indlæggelser relateret slidgigt, lænderygsmerter, nakkesmerter og depression, da der er markant flere ekstra indlæggelser blandt kvinder end blandt mænd. For iskæmisk hjertesygdom, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed og tyk- og endetarmskræft er der flere ekstra indlæggelser blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 3. Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.

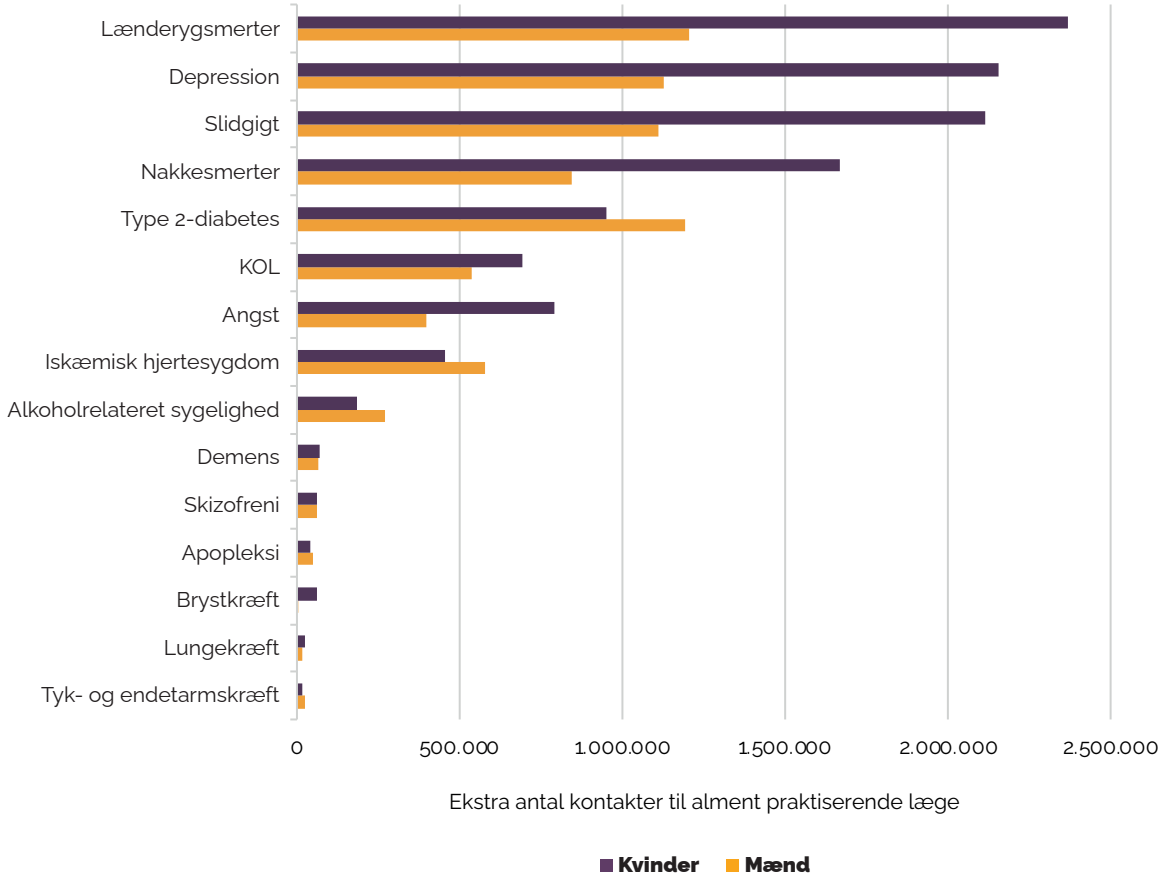


Note: Ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med lungekræft, brystkræft (kvinder), tyk- og endetarmskræft og slidgigt (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover. Figuren er en kopi af figur 1.1.4.a. i Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

Kontakter til almen praksis

Der er langt flere ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med depression og de tre muskel-skeletsygdomme lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt, når antallet af kontakter opgøres samlet for mænd og kvinder. Der er store kønsforskelle, og kvinder har næsten dobbelt så mange ekstra kontakter som mænd. Eksempelvis har kvinder med lænderygsmerter årligt mere end 2,3 mio. ekstra kontakter til almen praksis sammenlignet med kvinder uden lænderygsmerter, og samlet set er der 3,6 mio. ekstra kontakter til almen praksis blandt mænd og kvinder med lænderygsmerter. Det udgør cirka hver 13. kontakt i almen praksis. Blandt mænd er der flest ekstra kontakter til almen praksis relateret til lænderygsmerter, type 2-diabetes, depression og slidgigt.

Figur 4. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



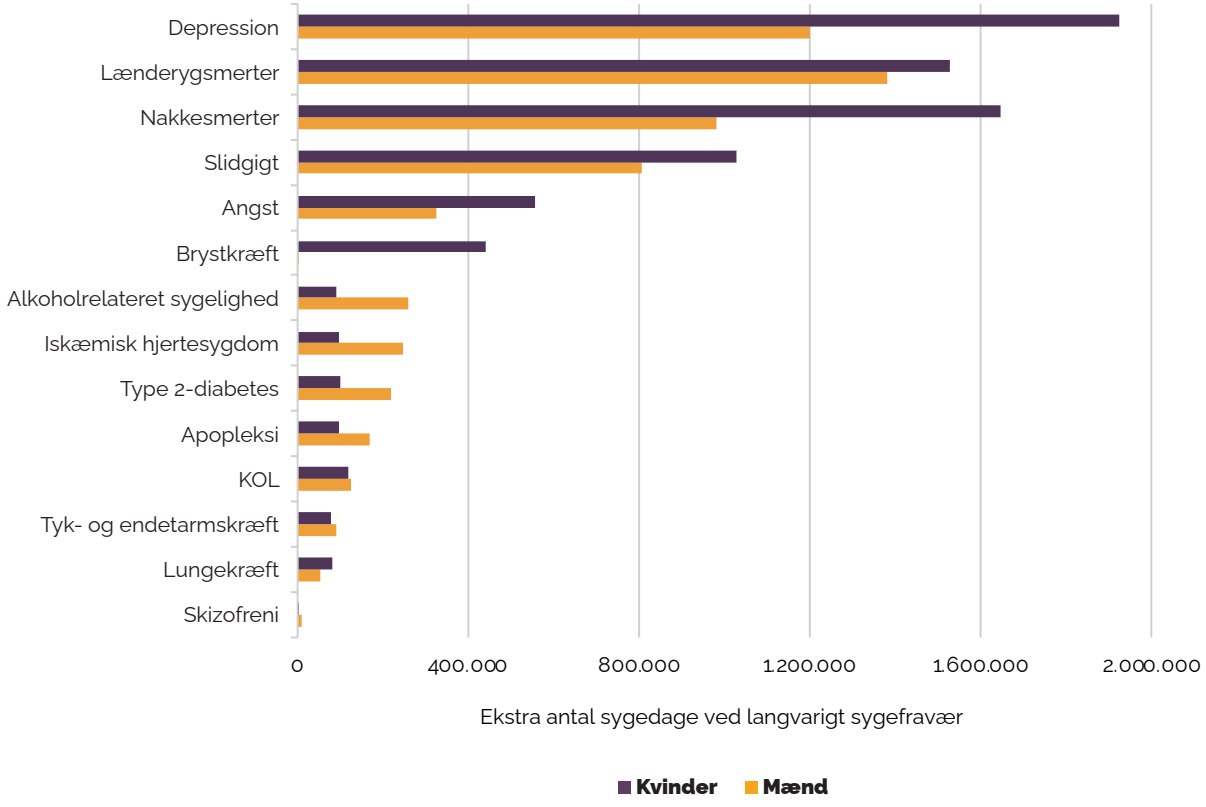
Note: Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge som følge af lungekræft er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra antal kontakter blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.
Figuren er en kopi af figur 1.1.6. i Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

Sygedage ved langvarigt sygefravær

Blandt personer med de psykiske lidelser depression og angst samt muskel-skeletsygdommene lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt er der et betydeligt antal ekstra sygedage årligt. Eksempelvis er der mere end 3 mio. ekstra sygedage blandt personer med depression sammenlignet med personer uden depression. Det svarer til 14 % af alle sygedage.

Når disse sygdomme fylder så meget i sygefraværet, hænger det sammen med, at der er mange, der har disse sygdomme. Det er meget arbejdskraft, der går tabt, og der er derfor et betydeligt potentiale, hvis man via forebyggelse, rehabilitering og behandling kan reducere det langvarige sygefravær. Som illustrationer af størrelsesordenen svarer 3 mio. sygedage til 13.000 fuldtidsstillinger, og der var i 2021 cirka 8.500 årsværk i plejestillinger (SOSU-assistenter og – hjælpere mv) på offentlige sygehuse[1].

Figur 5. Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



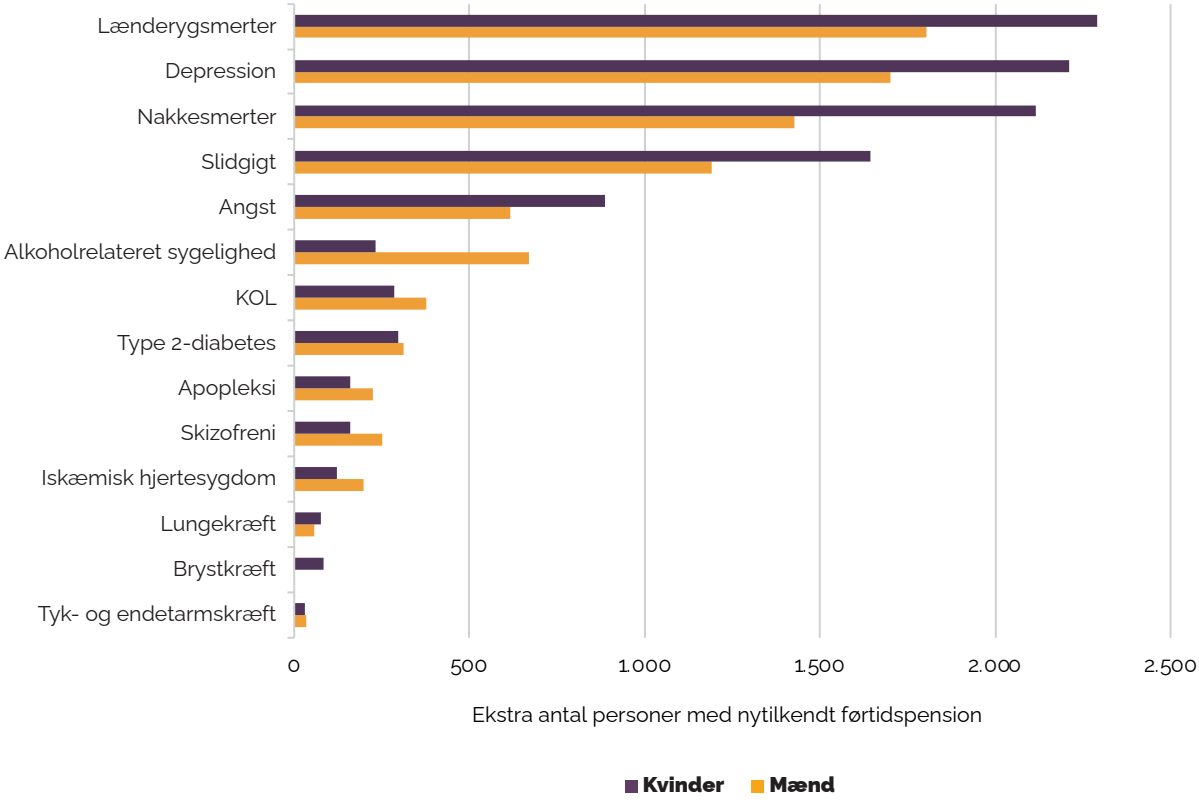
Note: Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt personer med lungekræft og brystkræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet for få ekstra sygedage blandt de 16-29-årige. Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.
Figuren er en kopi af figur 1.1.7. i Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

[1] En fuldtidsstilling er estimeret til 225 dage. Kilden til 8.500 årsværk er årsopgørelsen for antal fuldtidsbeskæftigede fordelt på faggrupper på www.esundhed.dk.

Førtidspension

Der er nogle sygdomme, hvor der ses en markant øget tildeling af førtidspensioner. Det gælder især de psykiske lidelser depression og angst samt muskel-skeletsygdommene lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt. Eksempelvis er der mere end 4.000 ekstra førtidspensioner årligt alene blandt personer med lænderygsmerter sammenlignet med personer uden lænderygsmerter. Det svarer til mere end hver tredje af alle nytilkendte førtidspensioner. For de fem sygdomme er der flest ekstra førtidspensioner blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Figur 6. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Note: Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med slidgigt (kvinder), KOL, iskæmisk hjertesygdom og brystkræft (kvinder) er opgjort blandt personer i alderen 30-64 år grundet få ekstra personer med nytilkendt førtidspension blandt personer i alderen 16-29 år. Ekstra antal personer med nytilkendt førtidspension blandt personer med lungekræft og tyk- og endetarmskræft er opgjort blandt personer i alderen 50-64 år. Demens indgår ikke i opgørelsen, da populationen er afgrænset til personer i alderen 65 år eller derover.
Figuren er en kopi af figur 1.1.8. i Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

Sundhedsudgifter

De højeste ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet i form af udgifter til hospitalssektor, praksissektor, receptpligtig medicin og hjemmehjælp ses for sygdommene depression og lænderygsmerter. Depression er klart den sygdom med de største ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet, nemlig 9,7 mia. kr. i årlige ekstra omkostninger. Sygehussektoren udgør langt størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet. Herefter følger udgifter til hjemmehjælp og medicin. Lænderygsmerter medfører årligt 7,1 mia. kr. i ekstra samlede omkostninger, og også for den sygdom, der er flest ekstra omkostninger i sygehussektoren. De sygdomme, som har en stor forekomst, dvs. depression, angst, lænderyg- og nakkesmerter samt slidgigt, er samtidig de sygdomme, som lægger beslag på en væsentlig del af de samlede ressourcer i sundhedsvæsnet. Der er betydelige kønsforskelle i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet for flere af de udvalgte sygdomme. Eksempelvis ses der flere ekstra omkostninger blandt mænd med type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, alkoholrelateret sygelighed og skizofreni end hos kvinder med de samme sygdomme.

Produktionstab

Produktionstab opgøres som omkostninger til fravær fra arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensionering og tidlig død. De højeste ekstra omkostninger i produktionstab ses blandt personer med depression, lænderygsmerter og nakkesmerter. Eksempelvis medfører depression årligt 25 mia.kr. i produktionstab. Der er et betydeligt potentiale, hvis man via forebyggelse, rehabilitering og behandling kan reducere dette produktionstab. Til illustration af størrelsesordenen var de samlede udgifter til hospitaler 117 mia.kr. i 2021[2].

Der er betydelige kønsforskelle, og eksempelvis er ekstra omkostninger i produktionstab blandt mænd med alkoholrelateret sygelighed mere end tre gange så høj som for kvinder. En reduktion i de nævnte sygdomme vil ikke alene medføre mindre lidelse for den enkelte og dennes pårørende, men også betydelige samfundsmæssige gevinster.

Social ulighed

På tværs af de fleste sygdomme ses, at der er en ulighed, hvor borgere med kort uddannelse er mere udsatte. Det ses i forhold til forekomsten af sygdom, hvor mange samtidige sygdomme man har (multisygdom), og hvordan man bruger sundhedsvæsenet. Der er også ulighed i konsekvenserne af sygdommen i form af fravær fra arbejdsmarkedet (sygedage og førtidspension) og dødelighed.

Den sociale ulighed ses desuden i brugen af sundhedsvæsenet. Der er fx flest ekstra akutte indlæggelser blandt borgere med kort uddannelse, og forholdsmæssigt flere ekstra planlagte indlæggelser blandt borgere med lang uddannelse for de fleste sygdomme. Det er uhensigtsmæssigt, da det kan medføre en systematisk forskel i, hvem der får mest gavn af forebyggelsestilbud, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering. Det kan altså medvirke til at fastholde den ulighed, som eksisterer. Når der er ulighed i brugen af de forebyggende ydelser og i planlagte behandlingsforløb, kan det medføre ulighed i forekomst og konsekvenser af sygdomme. Det gælder eksempelvis, hvis lægen ikke opsøges tidligt i et sygdomsforløb, eller hvis screeningseller vaccinationsprogrammer ikke følges.

[2] Statistik om udgifter til sundhed på www.dst.dk

Risikofaktorer

I det følgende beskrives udvalgte resultater fra Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – risikofaktorer.

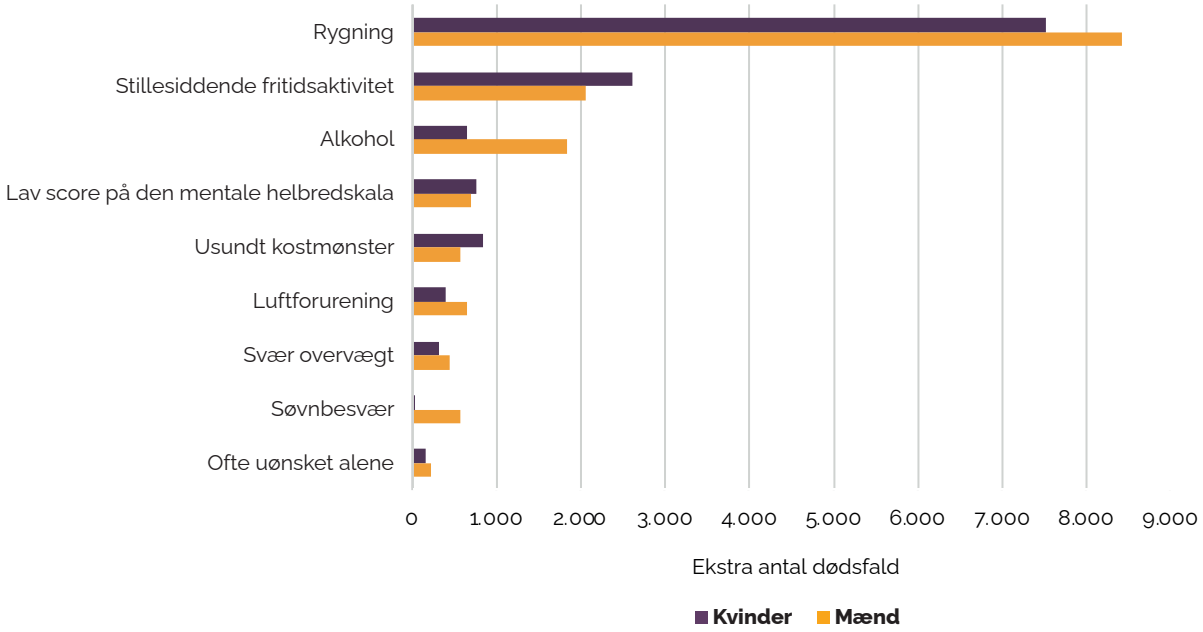
Middellevetid

I rapporten er der set på middellevetid ud fra, hvor lang tid befolkningen samlet set ville leve længere, hvis en given risikofaktor fjernes helt fra befolkningen. Der er et markant større tab i middellevetid ved rygning i forhold til andre risikofaktorer. Hvis rygning blev fjernet helt fra den danske befolkning, ville mænd leve tre år og syv måneder længere og kvinder tre år og én måned længere. Stillesiddende fritidsaktiviteter og herefter alkohol har også betydelig indvirkning på middellevetiden i Danmark sammenlignet med andre risikofaktorer.

Dødsfald

Det højeste antal ekstra dødsfald ses blandt personer, der ryger. I Danmark er der årligt 15.920 ekstra dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, end blandt personer, der aldrig har røget. Det svarer til 30 % af alle cirka 55.000 dødsfald om året. Risikofaktorer som stillesiddende fritidsaktivitet og alkohol bidrager også med mange ekstra dødsfald. I forhold til alkohol ses de ekstra dødsfald især hos mænd. Der er flere mænd end kvinder, der har drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge.

Figur 7. Ekstra antal dødsfald relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



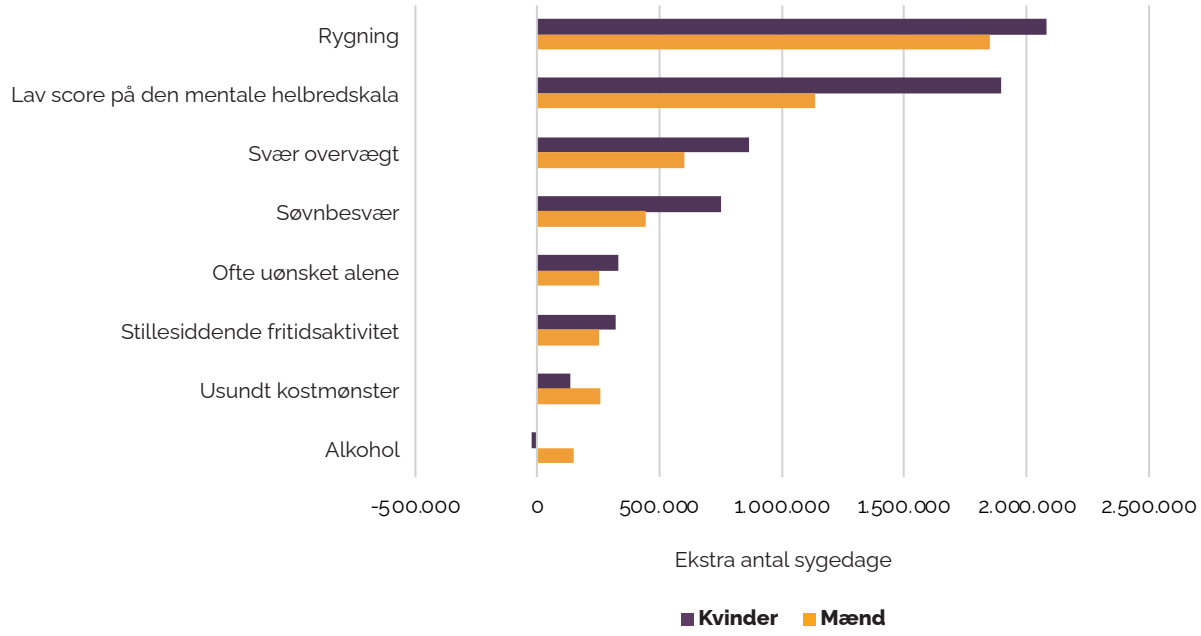
Justeret for undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, The European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, Effects of Low-Level Air Pollution: A Study in Europe (ELAPSE project), Det Centrale Personregister og Dødsårsagsregisteret.
Figuren er en kopi af figur 1.2.1. i Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer.

Sygefravær

Det højeste ekstra antal sygedage ses blandt personer, der ryger/har røget, og personer med en dårligere mental sundhed[3]. Der er lige under 4 mio. ekstra sygedage årligt blandt personer, der ryger/har røget i forhold til personer, der aldrig har røget.

Det svarer til 17 % af alle sygedage. Hvis sygedagene omregnes til fuldtidsstillinger, vil det svare til cirka 17.000 stillinger. Af de 3 mio. ekstra sygedage blandt personer med dårligt mental sundhed, er der markant flere ekstra sygedage hos kvinder end mænd.

Figur 8. Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær relateret til risikofaktorer, 18-64 år, 2017.



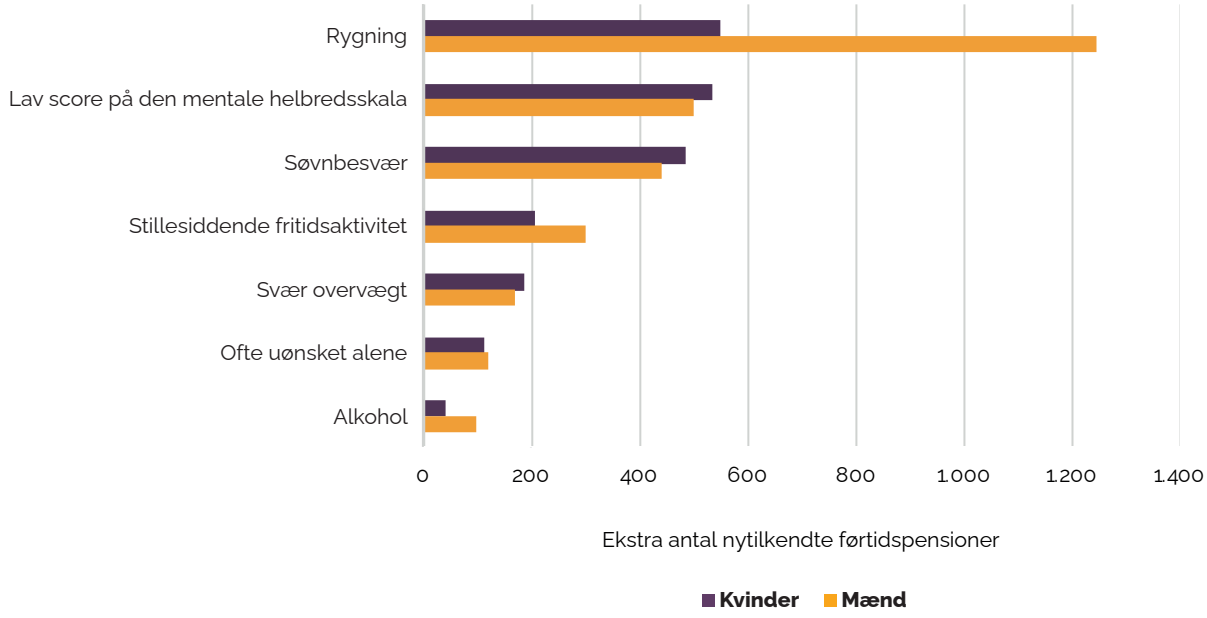
Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM) og Indkomststatistikregisteret.
Figuren er en kopi af figur 1.2.8. i Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer

[3] Dårlig mental sundhed defineres her som en lav score på den mentale helbredsskala. Det er ikke baseret på en klinisk begrundet grænseværdi men er en relativ grænseværdi, dvs. at personer med en score på 35,76 har relativt dårligere mental sundhed.
Se rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – risikofaktorer" for beskrivelse af skalaen.

Førtidspension

Rygning er den risikofaktor, hvoriblandt der ses flest ekstra førtidspensioner. Der er årligt næsten 1.800 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der ryger/har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget. Det svarer til 30 % af alle nytilkendte førtidspensioner. Der er betydelig kønsforskel i antallet af førtidspensioner årligt blandt personer, der ryger/har røget, idet der er er mere end dobbelt så mange førtidspensioner blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 9. Ekstra antal nytilkendte førtidspensioner relateret til risikofaktorer, 18-64 år, 2017.



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM).
Figuren er en kopi af figur 1.2.9. i Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer.

Særlige folkesundhedsproblemer og tiltag

Igennem de sidste 30 år har der været prioriteret nationale tiltag rettet mod forebyggelse, tidlig opsporing og behandling af en række store folkesygdomme som fx hjertesygdomme, kræft, diabetes og demens. Tiltagene har fået stor positiv betydning for sygeligheden og levetiden, som nuværende og kommende generationer nyder godt af.

Depression og angst er fortsat sygdomme med stor betydning for sygdomsbyrden, som det ses af rapporterne. I 2022 er der indgået en bred politisk aftale om at udarbejde en plan for mental sundhed og psykiatri baseret på Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens faglige oplæg. Planen skal bidrage til at styrke forebyggelsen og behandlingen af psykiske lidelser.

Andre sygdomme, som skiller sig meget markant ud på tværs af de fleste byrdemål, er nakkesmerter, lænderygsmerter og slidgigt samt KOL. Personer med disse sygdomme har særligt mange kontakter til sundhedsvæsenet, ligesom der ses et meget stort fravær fra arbejdsmarkedet i form af sygefravær og nytilkendte førtidspensioner, og det har meget store konsekvenser for den enkelte, men også samfundsøkonomiske omkostninger blandt andet på grund af produktionstab. Alene ved lænderygsmerter kan der ses 4.200 ekstra nytilkendte førtidspensioner og et produktionstab på mere end 21 mia. kr.

Hvis man vil iværksætte systematiske tiltag med virksomme indsatser overfor store folkesundhedsproblemer, så kan de med fordel rettes mod udvalgte muskel-skeletsygdomme som lænderyg- og nakkesmerter samt slidgigt. Det er de sygdomme, som bidrager markant til flest ekstra kontakter til sundhedsvæsenet, sygefravær og førtidspensioner samt produktionstab.

Der er et stort potentiale ved at sikre forebyggelse og behandling af disse sygdomme. Her vil det være særlig relevant med tiltag som forebygger fysisk inaktivitet og svær overvægt, ligesom der er behov for en styrket arbejdsmiljøindsats, som forebygger, at der opstår smerter i muskler og led. Det er ligeledes vurderingen, at der er behov for at se på, hvordan borgere med behandlingsbehov får et tilbud, inden deres sygdom udvikler sig. For at kunne levere dette skal der være opmærksomhed på, at både de forebyggende, behandlende og rehabiliterende tilbud har en ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

De risikofaktorer, der generelt og i særlig grad bør sættes ind over for at undgå sygdom, tidlig død og pres på sundhedsvæsnet, er rygning, mental sundhed, alkohol, fysisk inaktivitet og svær overvægt. Rygning er den enkeltstående risikofaktor, der bidrager med langt den største sygdomsbyrde på tværs af de fleste byrdemål. Tiltag, der begrænser tilgængeligheden, er af særlig betydning. Det er fx pris og aldersgrænser i forhold til alkohol, tobak og sukkersødede drikkevarer. Derudover har deltagelse og trivsel i dagtilbud, skole og fritidsaktiviteter betydning for mental sundhed og fysisk aktivitet. I forhold til svær overvægt kan adgang til ikke-medicinsk behandling af god kvalitet være af betydning. Dette forudsætter en klar ansvarsplacering af denne opgave.

Der er en klar social ulighed i risikofaktorer og sygdomme. Det vil sige, at der er mange flere borgere med kort uddannelse eller lav indtægt, som oplever sygdom, flere samtidige sygdomme og konsekvenserne af sygdom sammenlignet med borgere med lang uddannelse. Der ses for eksempel en stor ulighed i konsekvenserne ved at have KOL og depression, hvor forekomst og konsekvenser er ulige fordelt. Selvom der principielt er lige adgang til sundhedsvæsenet, ses der således alligevel store forskelle i brugen af sundhedsvæsnet og de forebyggende ydelser, ligesom der er store uligheder i sundhedsadfærd[4]. Det betyder, at de som oftest bliver syge og har behov for behandling, samtidig er de som henvender sig senere til sundhedsvæsnet med symptomer. Det er også de samme, som kan have vanskeligere ved at orientere sig i sundhedsvæsnet. Borgere med kort uddannelse eller lav indtægt vil altså som gruppe have større risiko for at få en sygdom og vanskeligere ved at få det det samme udbytte af behandlingen sammenlignet med andre grupper.

[4] Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2021. Sundhedsstyrelsen 2022.

Sundhed for alle ♥ + ●