

# Ulighed i sundhed

---

*Marts 2013*



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Ulighed i sundhed

Marts 2013

**Udarbejdet af:** Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen

**Copyright:** Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

**Udgivet af:**

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgave: 1

Udgivelsesår: Marts, 2013

Udgives kun elektronisk – ISBN: 978-87-7601-340-0

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

## Forord

Der er ulighed i sundhed i Danmark. Kendsgerningerne taler deres eget brutale sprog: Den rigeste fjerdedel af de danske mænd lever i gennemsnit 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var den forskel 'kun' 5,5 år.

Juristen og den ufaglærte arbejder har formelt lige adgang til sundhedsvæsenet. Alligevel lever den ene altså 10 år længere end den anden og har bedre chancer for at overleve samme sygdom. Hvis vi skal gøre op med uligheden i danskernes sundhed, kræver det politisk handling og et fokus på, hvor uligheden skabes.

Et af mine vigtigste mål som sundhedsminister er at sætte fokus på ulighed i sundhedsvæsenet, som stadig – og i stigende grad – gennemkløver vores samfund. En ulighed, der ikke kun handler om hjemløse, stofmisbrugere, prostituerede og andre udsatte borgeres sundhedstilstand. Det handler derimod om, at sundhed og helbred er ulige fordelt i befolkningen hele vejen igennem det socioøkonomiske spektrum, for eksempel fra den ufaglærte arbejder til juristen.

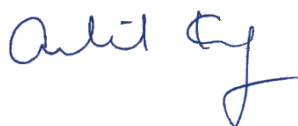
Vi har i regeringen sat os for, at vi vil reducere uligheden i sundhed. Vores sundhedspolitik begynder derfor langt fra sygehusene, fordi vi vil lægge større vægt på at forebygge sygdomme. For regeringen er forebyggelse en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhedstilstanden og for få gode leveår. Der er behov for en helhedsindsats, hvor sundhedssektorens bidrag vil være et blandt mange.

Der er intet rimeligt i, at den fattigste fjerdedel af danske mænd lever 10 år kortere end den rigeste fjerdedel. Det skal ikke være sådan, at dem med ingen eller kort uddannelse, det hårdeste slid og den laveste løn også skal have det korteste liv.

Der er brug for en samfundsmæssig erkendelse af, at ulighed i sundhed er skadeligt – for hele vores samfund.

Mit håb er, at alle fremover får en reel mulighed for at leve et længere og sundere liv – uanset uddannelse og indkomst.

Minister for Sundhed og Forebyggelse



*Astrid Krag*

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Indholdsfortegnelse</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Indledning og sammenfatning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Indledning .....	6
1.2 Sammenfatning .....	8
<b>2 Metode</b> .....	<b>11</b>
<b>3 Sundhedsadfærd</b> .....	<b>5</b>
3.1 Kost.....	5
3.2 Rygning .....	8
3.3 Alkoholforbrug.....	11
3.4 Fysisk aktivitet .....	16
3.5 Overvægt .....	19
3.6 Selvvurderet helbred.....	22
3.7 Stress .....	24
<b>4 Forebyggende ydelser</b> .....	<b>26</b>
4.1 Børneundersøgelser.....	26
4.2 Børnevaccinationer.....	27
4.3 Screening for livmoderhalskræft.....	28
4.4 Screening for brystkræft .....	29
<b>5 Behandlende ydelser</b> .....	<b>30</b>
5.1 Regelmæssig diagnostisk tandlæge-undersøgelser.....	30
5.2 Brug af alment praktiserende læger.....	31
5.3 Brug af speciallæger .....	32
<b>6 Resultater af behandlingen</b> .....	<b>34</b>
6.1 Genindlæggelser .....	34
6.2 Genindlæggelser af nyfødte .....	35

# 1 Indledning og sammenfatning

## 1.1 Indledning

Det er veldokumenteret, at der er ulighed i sundhed i Danmark, og at helbredstilstand, sygdomsbyrde og middellevetid afhænger af borgernes sociale position som for eksempel uddannelse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet.

De fleste store folkesygdomme som hjerte- og lungesygdomme, demens, lungekræft og depression forekommer oftere hos personer med kortere uddannelse. Konsekvenserne af sygdom er langt alvorligere hos borgere med kortere uddannelse i forhold til borgere med længere uddannelse bl.a. i form af højere dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne.

Ulighed i sundhed kommer ikke kun til udtryk ved at særligt udsatte og mindre befolkningsgrupper har en dårligere sundhedstilstand end den øvrige befolkning. Sundhed og helbred er ulige fordelt i befolkningen hele vejen igennem det socioøkonomiske spektrum, fx fra ufaglærte personer til personer med længere videregående uddannelser. Ulighed i sundhed går således på tværs af befolkningen, hvorfor der er tale om en såkaldt social *gradient* i uligheden. Det betyder med andre ord, at jo lavere borgernes socioøkonomiske position er, des ringere sundhedstilstand har de statistisk set.

Social ulighed i sundhed er et spørgsmål om, at der er systematiske forskelle i sundhedstilstand mellem borgere i samfundet opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold. At forskelle er systematiske vil sige, at de bliver stående i stort set uforandret form, selvom individerne over tid skiftes ud.

Hovedformålet med nærværende publikation er først og fremmest, at sætte fokus på uligheden i sundhed samt brugen og udbyttet af sundhedsydelse. Rapporten samler op på den eksisterende viden på området og er i overvejende grad deskriptiv.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil fremadrettet udgive en årlig publikation om ulighed i sundhed. Nærværende publikation skal således ses som en optakt til en større publikation, der udgives senere på året, og som vil indeholde en række nye opgørelser om ulighed i sundhed og ulighed i behandling.

Denne publikation indeholder simple opgørelser, der belyser nogle overordnede forhold omkring befolkningens sundhedsadfærd samt brugen af sundhedsydelse. Publikationen skal derfor ses i sammenhæng med eksisterende – og mere omfattende – publikationer, der også belyser uligheden i sundhed. For eksempel:

- *"Ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010, og udviklingen siden 1987"*, Statens Institut for Folkesundhed, 2012. Rapporten undersøger den sociale ulighed blandt voksne danskere for en lang række indikatorer relateret til sundhed, sygelighed og trivsel.
- *"Ulighed i sundhed – årsager og indsatser"*, Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet, 2011. Rapporten beskriver en række sociale determinanternes betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst.

- *"Ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre"*, Sundhedsstyrelsen, 2011. Rapporten er målrettet kommunerne, og fokuserer på den brede vifte af effektive indsatser mod social ulighed i sundhed, som ligger inden for kommunernes rækkevidde. Sammen med publikationen har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en film, der præsenterer udfordringerne og kommunens handlemuligheder for at reducere social ulighed i sundhed.

Derudover har Statens Institut for Folkesundhed netop udgivet publikationen *"Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år"*, der undersøger hvor meget rygning og alkohol kan forklare af den sociale ulighed i dødelighed. Rapporten viser, at den stigende sociale ulighed i dødelighed i Danmark de seneste 25 år i høj grad kan forklares ved dødsfald relateret til rygning og alkohol med rygning som den væsentligste faktor. Ifølge rapporten kan dødsårsager relateret til rygning og alkohol forklare 75 pct. af stigningen i uligheden mellem mænd fra gruppen med længst uddannelse og mænd fra gruppen med kortest uddannelse. For kvinder kan dødsfald relateret til rygning og alkohol forklare 97 pct. af stigningen i uligheden.

I boks 1.1 fremgår de 16 udvalgte fokusområder, der belyses i denne publikation. Disse inkluderer sundhedsadfærd, herunder kost, rygning, alkohol motion (KRAM-faktorer), forebyggende sundhedsydelser, behandlende sundhedsydelser samt resultater af behandlingen. Der er et særligt behov for at undersøge uligheden i brugen af sundhedsvæsenets ydelser og de resultater, som hver enkelt dansker opnår i mødet med sundhedsvæsenet. Nærværende publikation tager hul på denne problematik, som i langt højere grad vil være omdrejningspunkt for den større publikation, der offentliggøres senere på året.

<b>Boks 1.1</b> <b>Publikationens 16 fokusområder</b>
<b>Sundhedsadfærd</b>
1. Kost
2. Rygning
3. Alkoholforbrug
4. Fysisk Aktivitet
5. Overvægt
6. Selvvurderet helbred
7. Stress
<b>Forebyggende ydelser</b>
8. Børneundersøgelser
9. Børnevaccinationer
10. Screening for livmoderhalskræft
11. Screening for brystkræft
<b>Behandlende ydelser</b>
12. Regelmæssig diagnostisk tandlæge-undersøgelser
13. Brug af almen praksis
14. Brug af speciallæger
<b>Resultater af behandlingen</b>
15. Akutte genindlæggelser
16. Genindlæggelser af nyfødte

Publikationens 16 fokusområder giver ikke et fuldstændigt billede af ulighed i sundhed, men er udvalgt med det formål, at give et indblik i uligheden inden for sundhedsadfærd, forebyggende ydelser, behandlende ydelser samt resultater af behandlingen.

Som gennemgående mål for befolkningens sociale position benyttes indikatoren uddannelse. Befolkningen opdeles endvidere efter bopæl, køn og alder for udvalgte opgørelser.

## 1.2 Sammenfatning

Publikationen belyser indledningsvis danskernes sundhedsadfærd. Der ses på kost, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, overvægt, selv vurderet helbred og mentalt helbred. Opgørelserne viser følgende tendenser:

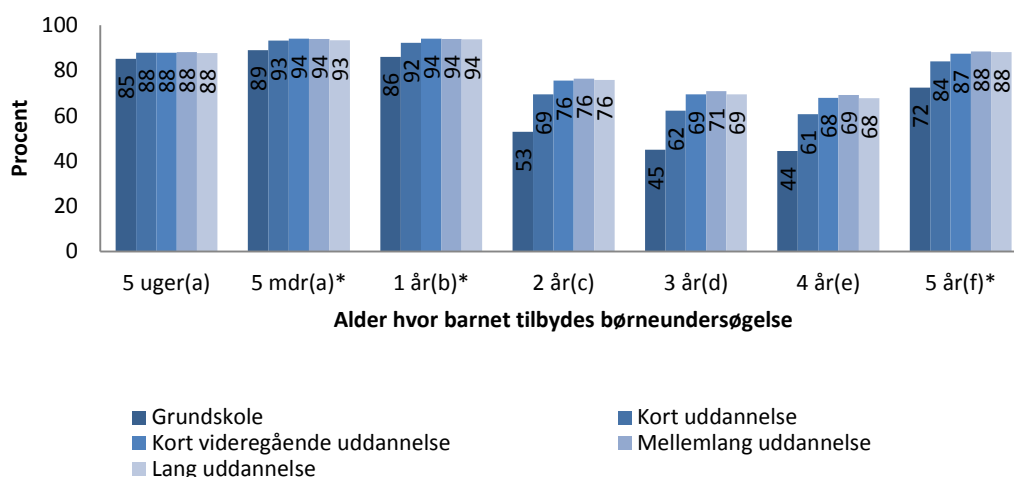
- Der er social ulighed i fordelingen af personer, der har et usundt kostmønster, ryger, har stillesiddende fritidsaktiviteter, lider af overvægt samt ofte er stressede/nervøse. For eksempel er andelen af personer med usundt kostmønster eller personer, der ryger, større blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.
- Andelen af personer, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag er derimod størst blandt mænd over 65 år og kvinder over 45 år med en lang videregående uddannelse.

Publikationen belyser også en række forebyggende sundhedsydelse. Der ses på børneundersøgelser, børnevaccinationer, screening for livmoderhalskræft og screening for brystkræft. Opgørelserne viser følgende tendenser:

- Der er social ulighed i andelen af børn, der modtager børneundersøgelser samt børnevaccinationer, og andelen af kvinder, der modtager screening for livmoderhalskræft.
- For eksempel stiger andelen af børn, der modtager børneundersøgelser, systematisk med forældrenes uddannelseslængde. Endvidere er der færre børn af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der modtager børnevaccinationer, når de er 12 måneder, 15 måneder og 5 år end børn af forældre med længere uddannelse, *jf. figur 1.1.*

**Figur 1.1**

**Andele af børn, der har modtaget børneundersøgelser i 2007-2009, fordelt på deres forældres højst opnåede uddannelse, Danmark 2007-2009**



a-f: Andelen er af antal børn i 2008 i alderen: a(0-1 år); b( 1-2 år); c(2-3 år); d(3-4 år); e (4-5 år); f (5-6 år)

\* angiver undersøgelses-mdr/-år hvor børnene også får tilbudt vaccination

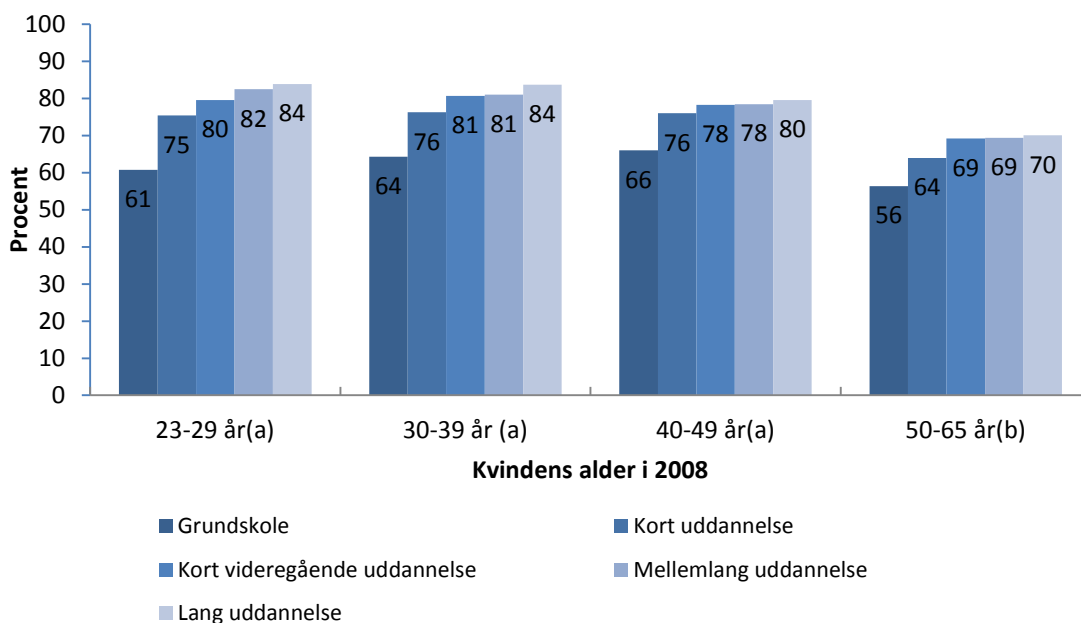
Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm.: Det er opgjort, om barnet er blevet registreret med ydelseskoderne for børneundersøgelserne i en tre-årig periode (2007-2009). Alle børn der i 2008 var i alderen, hvor børneundersøgelsen efter anbefalingen skal udføres + året efter er medtaget.

- For eksempel er der en mindre andel, der modtager screening for livmoderhalskræft blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau end kvinder med en længere uddannelse, jf. figur 1.2. Der er ikke betydelige forskelle i andelen af mammografi-screeninger blandt kvinder med forskelligt uddannelsesniveau.

**Figur 1.2**

**Andel af kvinder i alderen 23-65 år i 2008, der har modtaget screening for livmoderhalskræft i 2005/2006-2009, fordelt på deres højest opnåede uddannelse, Danmark 2008**



*a-b: a: dækker screeningsaktiviteten over en fireårig periode (2006-2009), b: dækker screeningsaktiviteten over en femårig periode (2005-2009).*

Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm. Opgørelsen inkluderer kvinder i alderen 23-65 i 2008. For kvinder mellem 23 og 49 er screeningaktiviteten opgjort over 4 år (2006-2009), for at sikre at også gravide kvinder, der frarådes screening under graviditeten, kan indgå i opgørelserne efter anbefalingerne. For kvinder mellem 50 og 65 er screeningsaktiviteten opgjort over 5 år (2005-2009). Screeningsaktiviteten er identificeret ud fra ydelseskoderne '2102', '4062', '4301', '4303', '4304', samt procedurekoderne 'DZ124', 'DZ124A', 'ZZ4180'. Der gøres opmærksom på, at dækningsgraden kan variere fra opgørelser baseret på Patologibankens data.

Opgørelserne vedrørende behandlende sundhedsydelse, herunder regelmæssige diagnostiske tandlægeundersøgelser, kontakter i almen praksis og brug af speciallæger viser følgende tendenser:

- Der er social ulighed i fordelingen af personer, der modtager mindst én diagnostisk tandlægeundersøgelse årligt samt fordelingen af personer med kontakt til almen praksis.
- Andelen af personer, der benytter sig af speciallægehjælp er nogenlunde jævnt fordelt blandt personer med forskelligt uddannelsesniveau.
- Andelen, der benytter sig af øjenlæge er dog størst blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse, mens andelen, der benytter sig af gynækologi er størst blandt kvinder med en lang videregående uddannelse.

Endelig viser opgørelserne vedrørende resultater af behandlingen, herunder akutte genindlæggelser og genindlæggelser af nyfødte følgende tendenser:



- Der er social ulighed i fordelingen af akutte genindlæggelser, hvor andelen af genindlæggelser er højest blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.
- Der er flere nyfødte af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der genindlægges inden for 28 dage. Der er færrest genindlæggelser af nyfødte i region Nordjylland, mens region Sjælland har flest nyfødte, der bliver genindlagt.

## 2 Metode

Den nationale sundhedsprofil 2010 og Forebyggelsesregisteret for 2005-2009 udgør datagrundlaget for analyserne i nærværende publikation.

Den nationale sundhedsprofil 2010 er en spørgeskemaundersøgelse af den voksne befolknings sundhed og sygelighed gennemført i 2010. Undersøgelsen omfatter 298.550 tilfældigt udvalgte personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. I alt har 177.639 personer besvaret spørgeskemaet. Det giver en svarprocent på knapt 60 procent, hvilket vurderes som inden for normalen for denne type af undersøgelser. Der henvises til Sundhedsstyrelsens publikation *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* for yderligere beskrivelse af data. I denne publikation opgøres resultater for udvalgte områder fordelt på køn, alder og uddannelse. Personer under 25 år og undergrupper med mindre end 30 observationer medtages dog ikke.

Forebyggelsesregisteret er en samkørsel af fire nationale sundhedsregistre samt en række registre over befolkningens socioøkonomiske forhold, herunder register over befolkningens uddannelse og erhverv. Forebyggelsesregisteret giver dermed mulighed for blandt andet at belyse sammenhængen mellem socioøkonomiske karakteristika og brugen af sundhedsvæsenets ydelser. Forebyggelsesregisteret er aktuelt opdateret til og med 2009, hvorfor alle analyser i denne publikation er baseret på Forebyggelsesregisteret kun opgøres til og med 2009. Der henvises til Danmarks Statistiks kvalitetsdeklaration for Forebyggelsesregisteret for yderligere oplysninger.

Mange af de sygdomme, som bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrder, er kendetegnet ved, at risikoen for at få disse sygdomme er større, jo mere man er udsat for eksponering for usund kost, rygning, overforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet og deraf følgende risikofaktorer som for eksempel fedme. U hensigtsmæssig *sundhedsadfærd* og den sociale skævhed heri kan derfor være en betydende faktor bag uligheden i sundhed og konsekvenser af sygdommene.

På samme vis kan de forebyggende indsatser, og den behandling, rehabilitering og omsorg der ydes i sundhedsvæsenet have stor betydning for konsekvenserne af de sygdomme, befolkningen rammes af. En skæv fordeling af brugen af *sundhedsvæsenets ydelser* kan således også være en medvirkende årsag til ulighed i sundhed.

Som mål for befolkningens sociale position benyttes indikatoren uddannelse. Uddannelse kan betegnes som et stabilt mål for social position, da uddannelse i modsætning til for eksempel indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet ikke vil ændre sig med kort varsel. En persons uddannelsesstatus ændres ikke på grund af for eksempel langvarig sygdom, hvorimod den socioøkonomiske status godt kan ændres af sygdom, fra en form for ansættelsesforhold til for eksempel arbejdsløs eller førtidspensionist. En yderligere fordel ved indikatoren uddannelse er, at uddannelse i mindre grad er omvendt kausalt relateret til helbredsstatus sammenlignet med for eksempel erhvervs- og indkomststatus.

Uddannelse defineres som højeste fuldførte uddannelse, uden hensyntagen til igangværende uddannelse, og grupperes som angivet nedenfor i tabel 2.1.

**Tabel 2.1****Klassificering af uddannelsesniveau**

<b>Højest fuldførte uddannelse</b>	<b>Betegnelse</b>
Grundskole	Grundskole (<11 års skolegang)
Forberedende uddannelser	
Almengymnasiale uddannelser	Kort uddannelse
Erhvervsgymnasiale uddannelser	(11-13 års skolegang)
Erhvervsfaglige grundforløb	
Erhvervsfaglige praktik-hovedforløb	
Efteruddannelse af specialarb./faglærte	
Korte videregående uddannelser	Kort videregående uddannelse* (14 års skolegang)
Mellemlange videregående uddannelser	Mellemlang uddannelse
Bachelor	(15-16 års skolegang)*
Lange videregående uddannelser	Lang uddannelse*
Forskeruddannelser	(>16 års skolegang)
Uden for niveauplacing	Er ekskluderet

*Klassificeringen er baseret på Danmarks Statistiks definition af højest fuldførte uddannelse:*

<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/uddannelsesdata/hoekvalitet/almfsp.aspx>

For udvalgte opgørelser i denne publikation opdeles befolkningen også efter bopæl, køn og alder.

### 3 Sundhedsadfærd

Dette kapitel omhandler forskelle i sundhedsadfærd. Risikoen for kronisk sygdom stiger med eksponeringen for usund kost, rygning, overforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet, stress og de relaterede biologiske risikofaktorer som fedme, rygerskader, for højt kolesteroltal og for højt blodtryk øges ligeledes. I kapitlet analyseres fordelingen af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder kost, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, overvægt og psykologisk stress baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010.

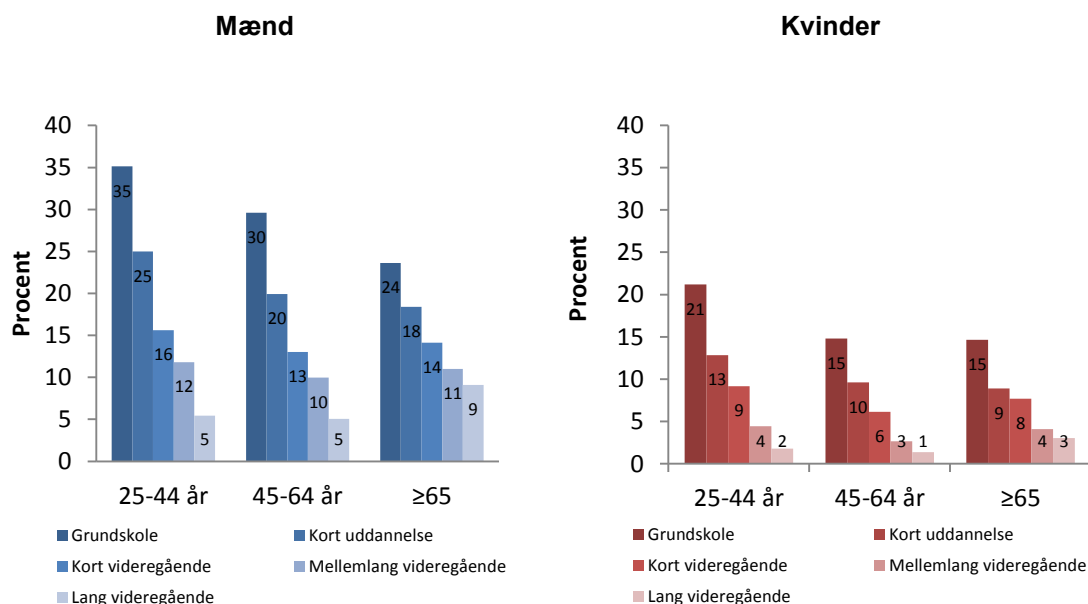
#### 3.1 Kost

Af figur 3.1 fremgår det, at andelen af personer med et usundt kostmønster er størst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Desuden ses en tendens til, at andelen af personer med usundt kostmønster falder systematisk med stigende uddannelseslængde.

Andelen af personer med et usundt kostmønster er størst blandt personer i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder. For alle uddannelsesgrupper og aldersgrupper er der dog en større andel af mænd, der har et usundt kostmønster sammenlignet med kvinder.

Der ses således en klar social ulighed i befolkningens kostmønster.

**Figur 3.1**  
**Andele af mænd og kvinder med usundt kostmønster fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

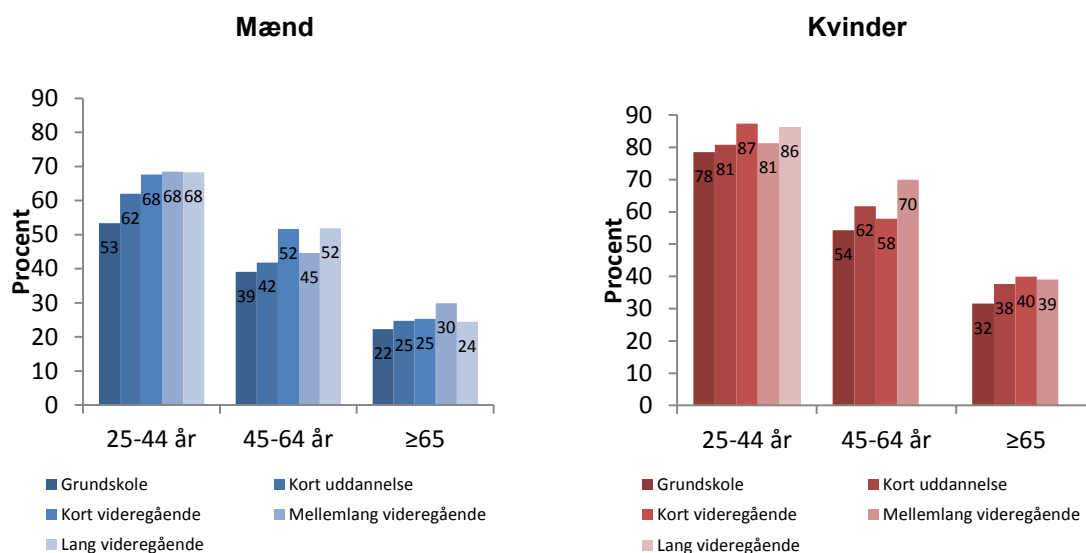
Anm.: Der er anvendt en kostscore inden for kostkomponenterne: frugt, grønt, fisk og fedt. Usundt kostmønster = lavt indtag af frugt, grønt, fisk og et højt indtag af mættet fedt (Sundhedsprofil.dk).

Af figur 3.2 fremgår det, at der overordnet set er en større andel af personer med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med videregående uddannelser. Andelen af personer med usundt kostmønster, der vurderer, at de gerne vil spise mere sundt, er mindst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Andelen af personer med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, er størst blandt personer i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder og falder systematisk med alderen for begge køn. Generelt ses det, at flere kvinder end mænd ønsker at spise mere sundt.

Der ses således en stor interesse for at spise sundere, blandt personer med usundt kostmønster, men samtidig ses ulighed i sundhed også her, da andelen af personer, der gerne vil spise mere sundt, er mindst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

**Figur 3.2**  
**Andele af mænd og kvinder med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**

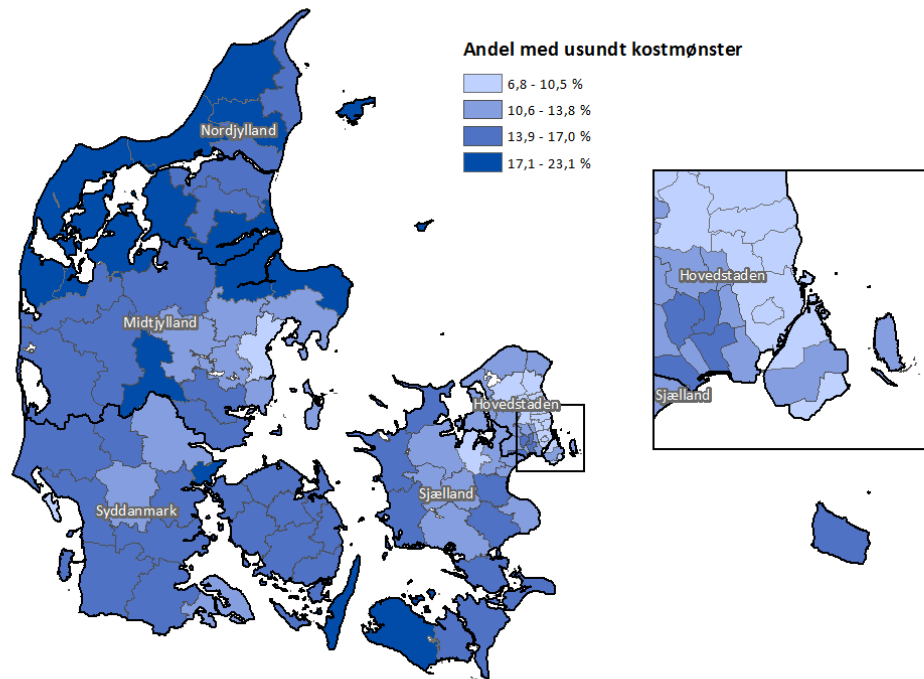


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Anm. Kvinder over 44 år med en lang videregående uddannelse er ekskluderet fra analysen pga. for få observationer.

Af figur 3.3 fremgår det, at andelen af personer med et usundt kostmønster er størst i kommuner i Region Nordjylland samt på Lolland og Langeland.

**Figur 3.3**  
**Andele af personer med usundt kostmønster, fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



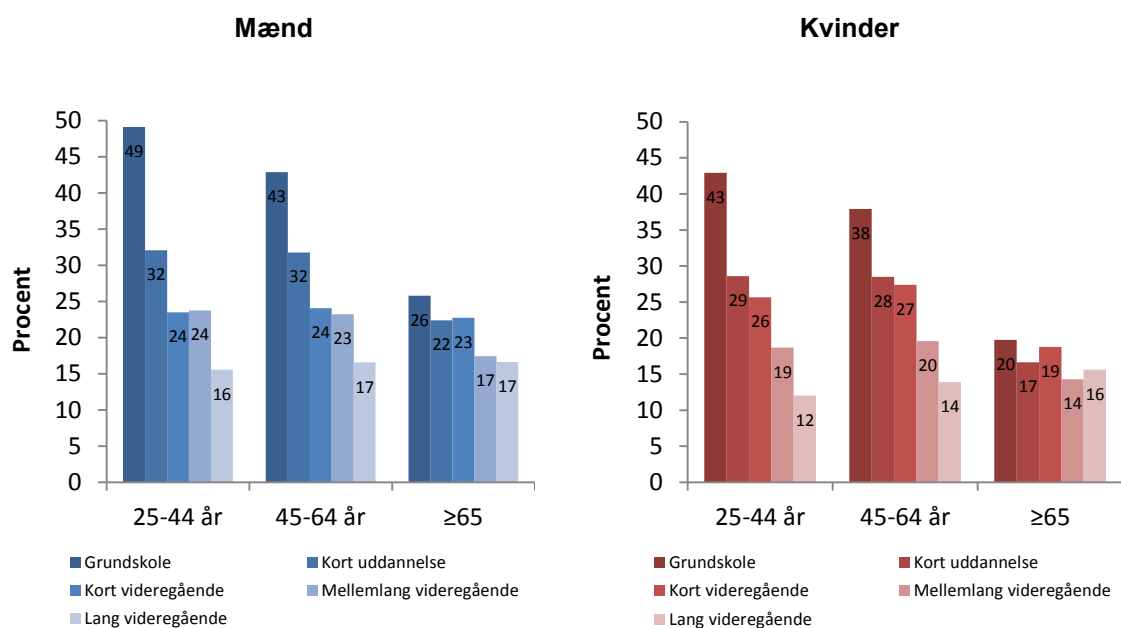
Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

## 3.2 Rygning

Af figur 3.4 fremgår det, at der er en større andel rygere (daglig eller lejlighedsrygere) blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Desuden ses en tendens til, at andelen af rygere falder nogenlunde systematisk med stigende uddannelseslængde. Dette er især tydeligt for aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år

Der ses således en klar social ulighed i fordelingen af rygere i befolkningen.

**Figur 3.4**  
**Andele af mænd og kvinder, der rygere (daglig eller lejlighedsrygere) fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



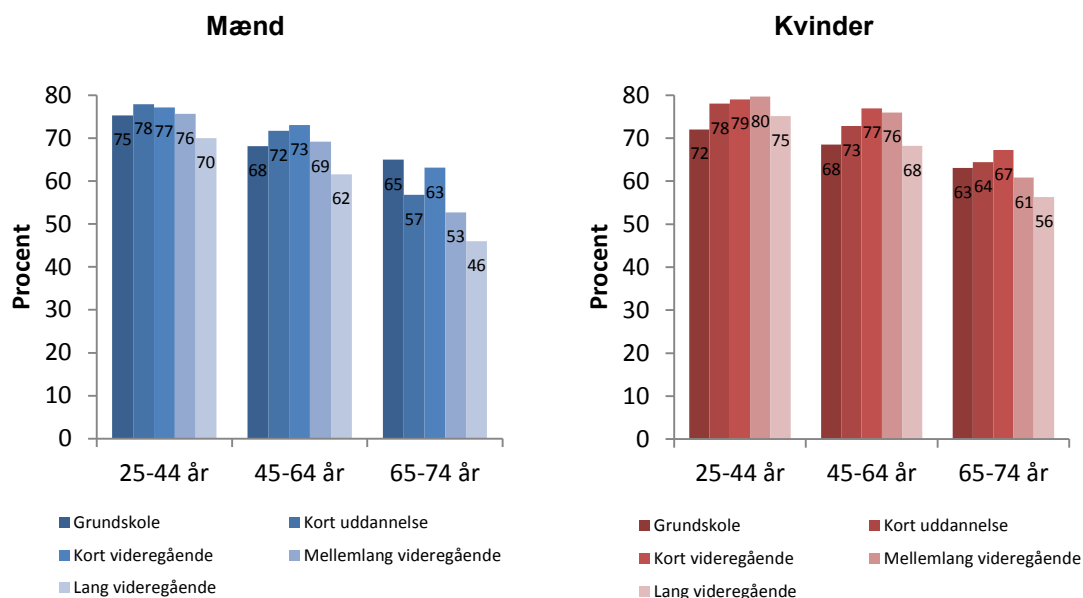
Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Af figur 3.5 fremgår det, at andelen af personer, der er rygere, og gerne vil holde op med at ryge, er nogenlunde jævnt fordelt blandt personer med forskelligt uddannelsesniveau. Andelen af mænd, der gerne vil holde op med at ryge, er mindst blandt mænd med en lang videregående uddannelse.

Andelen af personer, der er rygere, og gerne vil holde op med at ryge, er størst blandt personer i aldersgruppen 25-44 år, og der ses en overordnet tendens til, at andelen af personer, der gerne vil holde op med at ryge falder med alderen.

Mens der således ses en klar social ulighed i fordelingen af rygere, er fordelingen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge, mere jævnt fordelt. Samtidig ses det, at der er en meget stor andel af rygerne, der gerne vil holde op med at ryge.

**Figur 3.5**  
**Andele af mænd og kvinder, der er rygere (daglig eller lejlighedsrygere), og gerne vil holde op med at ryge, fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



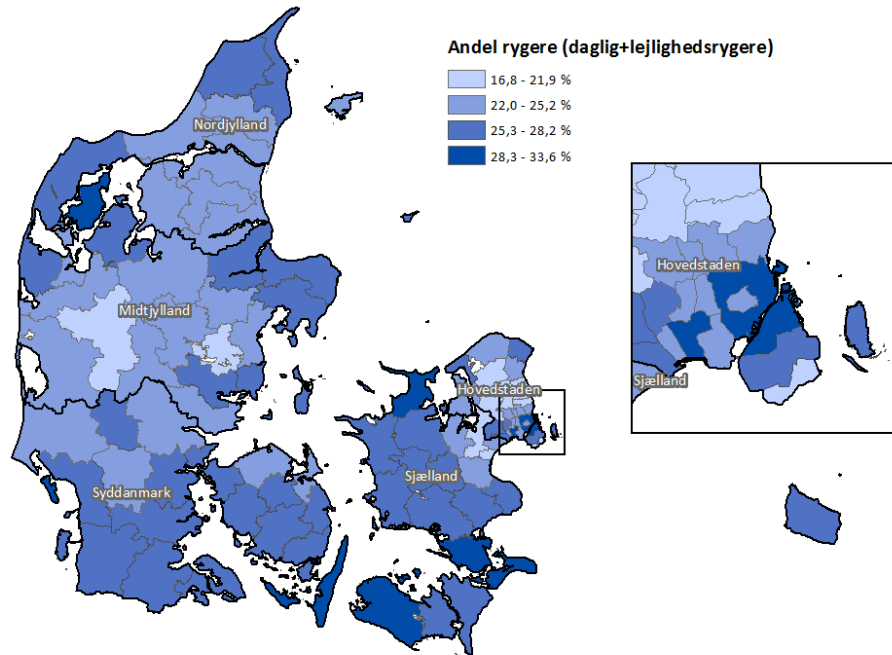
Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Anm. Personer over 74 år er ekskluderet fra analysen pga. for få observationer



Af figur 3.6 fremgår det, at andelen af personer, der er rygere, er størst i Morsø, Fanø, Ærø, Langeland, Odsherred, Vordingborg, Brøndby og Københavns kommuner.

**Figur 3.6**  
**Andele af personer, der er rygere (daglig eller lejlighedsrygere), fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

### 3.3 Alkoholforbrug

Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag er 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder. Af figur 3.7 fremgår det, at andelen af kvinder, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, er størst blandt kvinder med en lang videregående uddannelse i aldersgrupperne 45-64 år og over 65 år. For kvinder i aldersgruppen 25-44 år er det nogenlunde jævnt fordelt.

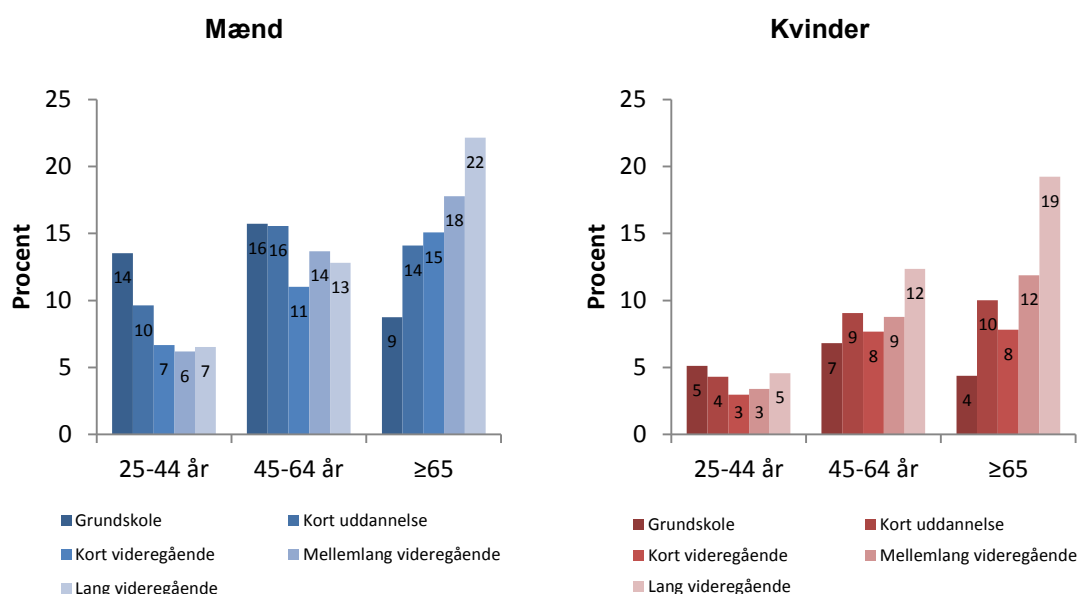
Andelen af mænd, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, er størst blandt mænd med en lang videregående uddannelse i alderen 65 år og derover. Andelen af mænd, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag i aldersgruppen 25-44 år, er derimod størst blandt mænd med grundskole som højst fuldførte uddannelsesniveau.

Desuden ses en tendens til, at andelen af mænd og kvinder, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, stiger nogenlunde systematisk med alderen.

Der ses således en klar social ulighed hos mænd i aldersgruppen 25-44 år, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, mens det generelt er kvinder med en lang videregående, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag.

**Figur 3.7**

**Andele af mænd og kvinder, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

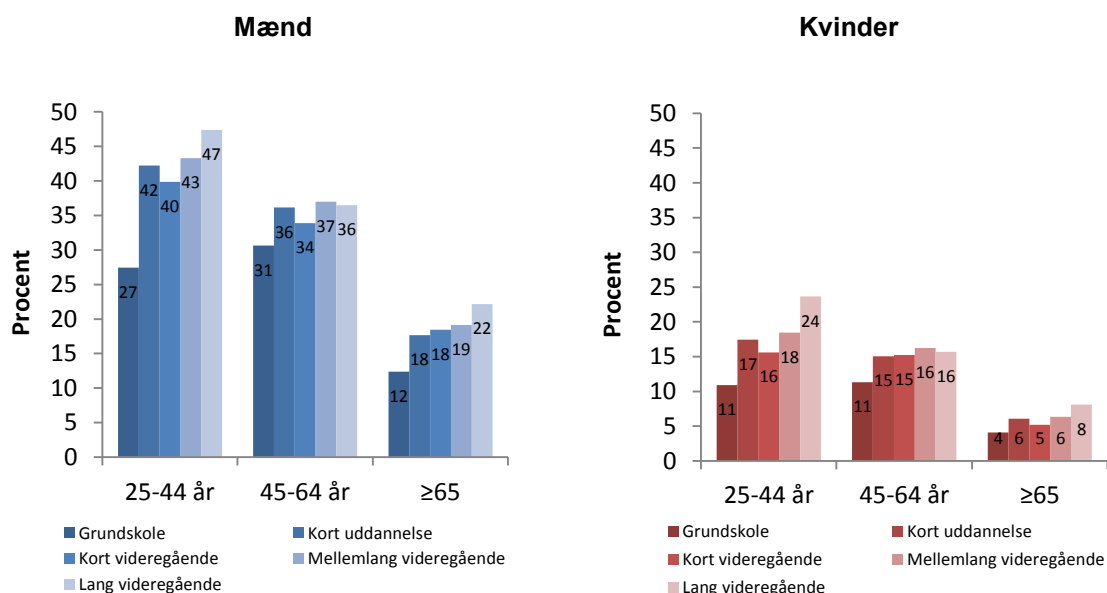
Anm. Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse: 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder.

Af figur 3.8 fremgår det, at andelen af personer der jævnligt, dvs. minimum én gang om måneden, drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (også kaldet 'binge-drinking'), overordnet set er størst blandt personer med en længere videregående uddannelse og mindst blandt personer med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau.

Andelen af personer, der jævnligt drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed er størst blandt personer i aldersgruppen 25-44 år for både mænd og kvinder. For alle uddannelsesgrupper og aldersgrupper er der dog en betydelig større andel blandt mænd end blandt kvinder, der hver måned drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed.

Der ses således social ulighed i andelen af personer, der jævnligt drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed, men i denne sammenhæng er den sociale gradient omvendt, da andelen af højtuddannede er højere end andelen af personer med lavere uddannelse.

**Figur 3.8**  
**Andele af mænd og kvinder der jævnligt (hver måned) drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed ("binge-drinking" grænsen), fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**

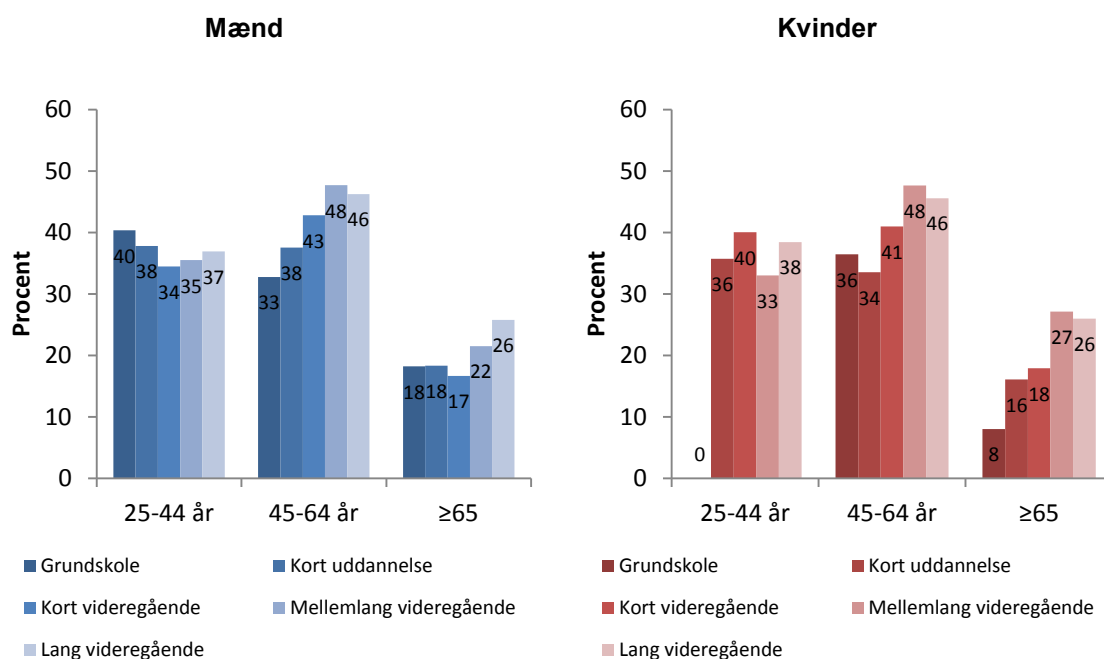


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Figur 3.9 viser et lidt mudret billede af, hvem der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt personer der overskrider højrisikogrænsen. Blandt mænd og kvinder over 45 år ses en tendens til, at andelen, der gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug stiger med uddannelsesniveau.

Der er færre mænd og kvinder over 65 år som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. I aldersgruppen 25-44 år er der en nogenlunde jævn fordeling blandt mænd og kvinder med forskelligt uddannelsesniveau.

**Figur 3.9**  
**Andele af mænd og kvinder, der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**

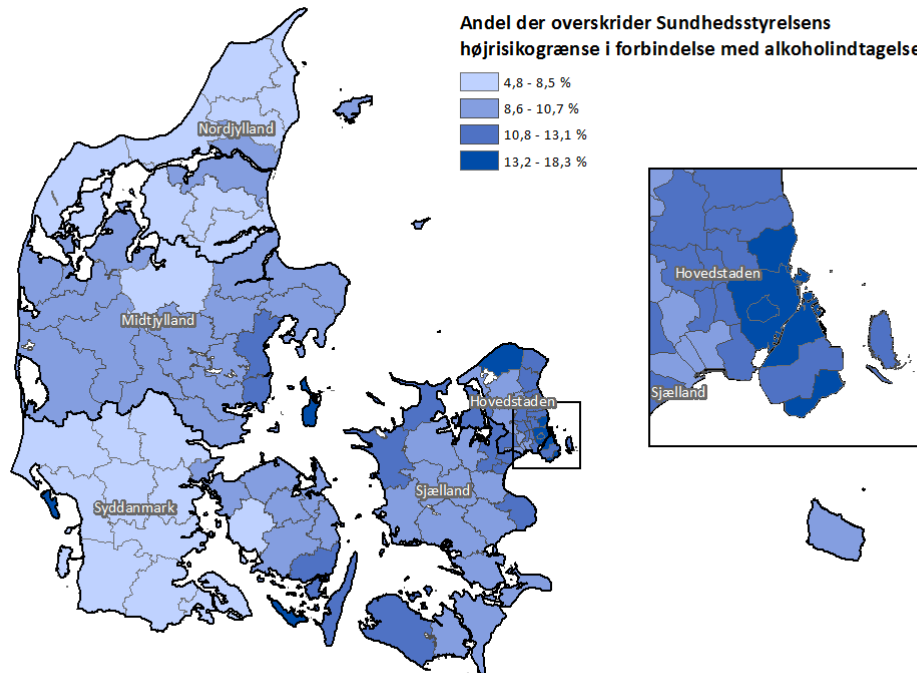


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Anm: For få observationer for kvinder mellem 25 og 44 år med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau.

Af figur 3.10 fremgår det, at andelen af personer, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag er størst i Fanø, Ærø, Samsø, Gribskov kommuner samt kommuner i hovedstadsområdet.

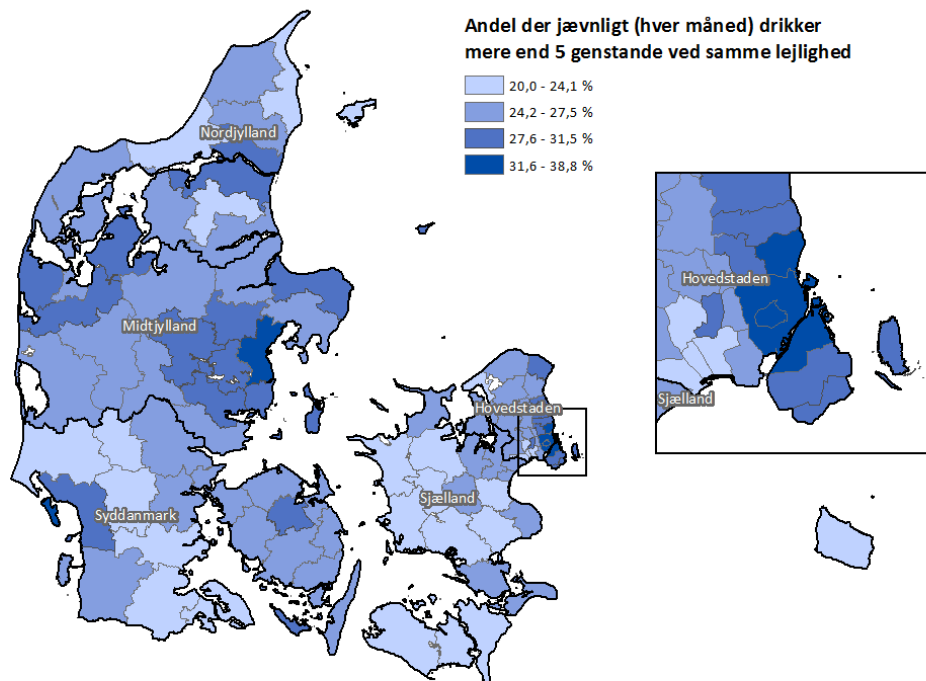
**Figur 3.10**  
**Andele af personer, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Af figur 3.11 fremgår det, at andelen af personer der jævnligt (hver måned) drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed er størst i Fanø og Århus kommuner samt kommuner i hovedstadsområdet.

**Figur 3.11**  
**Andele af personer, der jævnligt (hver måned) drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed, fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



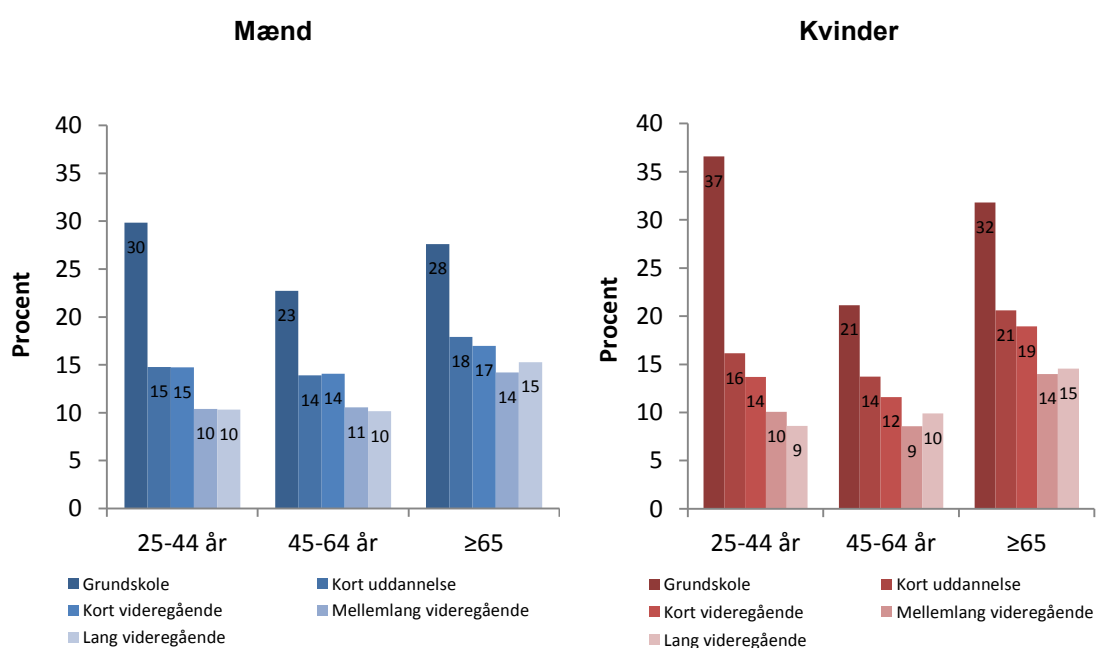
Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

### 3.4 Fysisk aktivitet

Af figur 3.12 fremgår det, at en større andel af personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har stillesiddende fritidsaktivitet end personer med længere uddannelse. Desuden ses en tendens til, at andelen af personer med stillesiddende fritidsaktivitet falder nogenlunde systematisk med stigende uddannelseslængde.

Der ses således en klar social ulighed i fordelingen af mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet.

**Figur 3.12**  
**Andele af mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

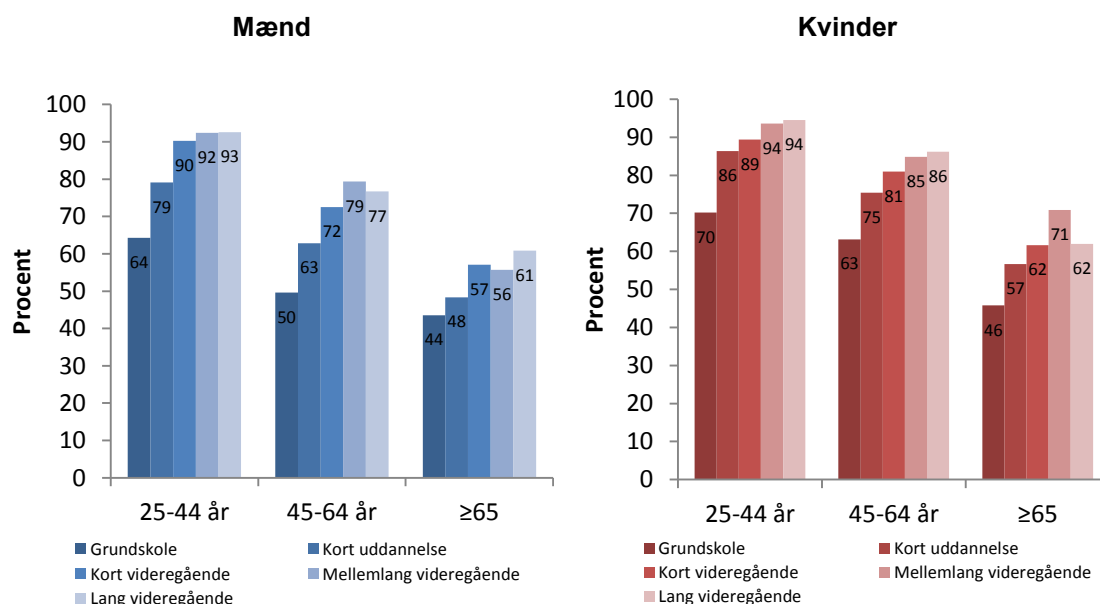
Anm. I Sundhedsprofil2010 stilles følgende spørgsmål: *Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden? Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse?*

Af figur 3.13 fremgår det, at andelen af personer der gerne vil være mere fysisk aktiv er mindst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesnivea end personer med længere uddannelse. Desuden ses en tendens til, at andelen af personer med stillesiddende fritidsaktivitet, som gerne vil være mere fysisk aktive stiger nogenlunde systematisk med uddannelseslængde.

Andelen af både mænd og kvinder, som gerne vil være mere fysisk aktive er størst i aldersgruppen 25-44 år. Desuden ses, at andelen af mænd og kvinder, som gerne vil være mere fysisk aktive falder systematisk med alderen. Generelt set er der dog et stort ønske om at være mere fysisk aktiv.

Der ses således en klar social ulighed i fordelingen af mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet, som gerne vil være mere fysisk aktive.

**Figur 3.13**  
**Andele af mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet, som gerne vil være mere fysisk aktive, fordelt på højest opnået uddannelsesnivea, køn og alder, Danmark 2010**

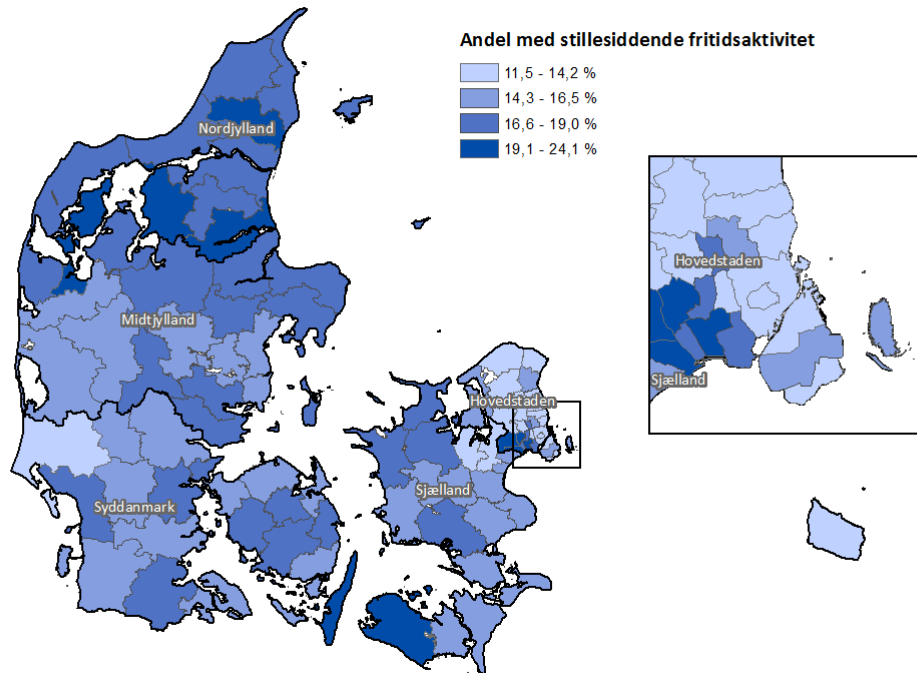


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk



Af figur 3.14 fremgår det, at andelen af personer med stillesiddende fritidsaktivitet er størst på Lolland, Langeland samt i kommuner i Region Nordjylland.

**Figur 3.14**  
**Andele af personer med stillesiddende fritidsaktivitet fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

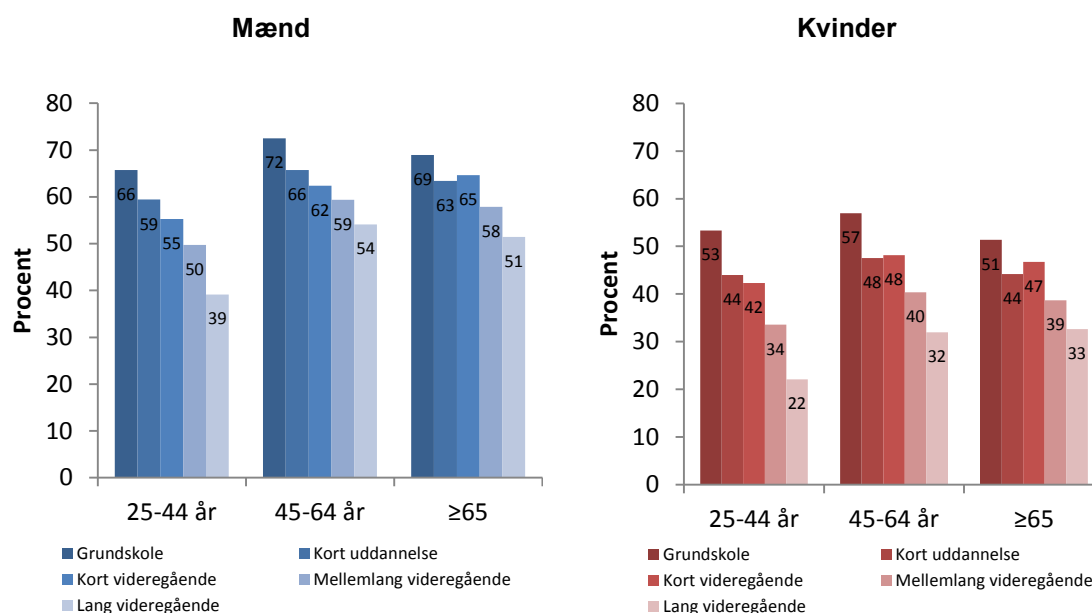
### 3.5 Overvægt

Af figur 3.15 fremgår det, at en større andel af personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er overvægtige (BMI $\geq$ 25) end personer med længere uddannelse. Desuden ses en overordnet tendens til, at andelen af mænd og kvinder som er overvægtige (BMI $\geq$ 25) falder systematisk med stigende uddannelseslængde.

Andelen af mænd som er overvægtige (BMI $\geq$ 25) er større end andelen af kvinder som er overvægtige (BMI $\geq$ 25) for alle aldersgrupper.

Der ses således en klar social ulighed i fordelingen af personer, der er overvægtige (BMI $\geq$ 25).

**Figur 3.15**  
**Andele af mænd og kvinder, der er overvægtige (BMI $\geq$ 25) fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

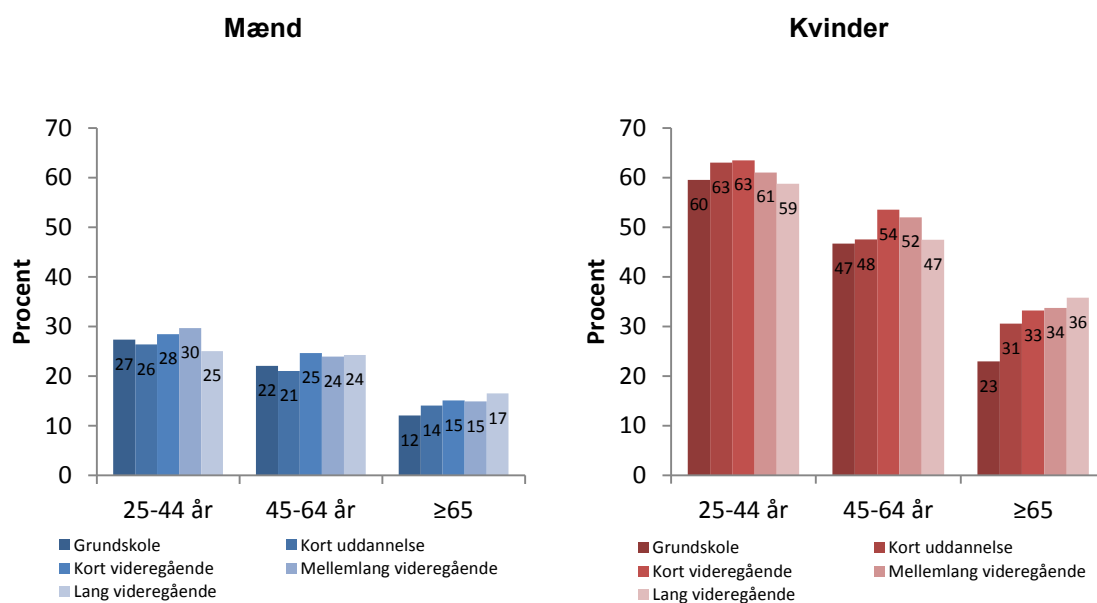
Anm. Body Mass Index (BMI) udregnes på basis af oplysningerne om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI: Undervægt: BMI < 18,5, Normalvægt: 18,5  $\leq$  BMI < 25,0, Moderat overvægt: 25,0  $\leq$  BMI < 30,0, Svær overvægt: BMI  $\geq$  30,0

Af figur 3.16 fremgår det, at andelen af personer, der er overvægtige (BMI $\geq$ 25) og gerne vil tabe sig er nogenlunde jævnt fordelt blandt personer med forskellige uddannelsesniveauer. Dog er der en større andel af kvinder over 65 år med en lang uddannelse, der er overvægtige og gerne vil tabe sig, end kvinder med kortere uddannelser.

Andelen af kvinder, der er overvægtige og gerne vil tabe sig, er betydeligt større end andelen af mænd, der er overvægtige og gerne vil tabe sig.

Der ses således ingen social ulighed – målt ved uddannelseslængde - i andelen af mænd og kvinder, der er overvægtige og gerne vil tabe sig.

**Figur 3.16**  
**Andele af mænd og kvinder, der er overvægtige og gerne vil tabe sig fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**

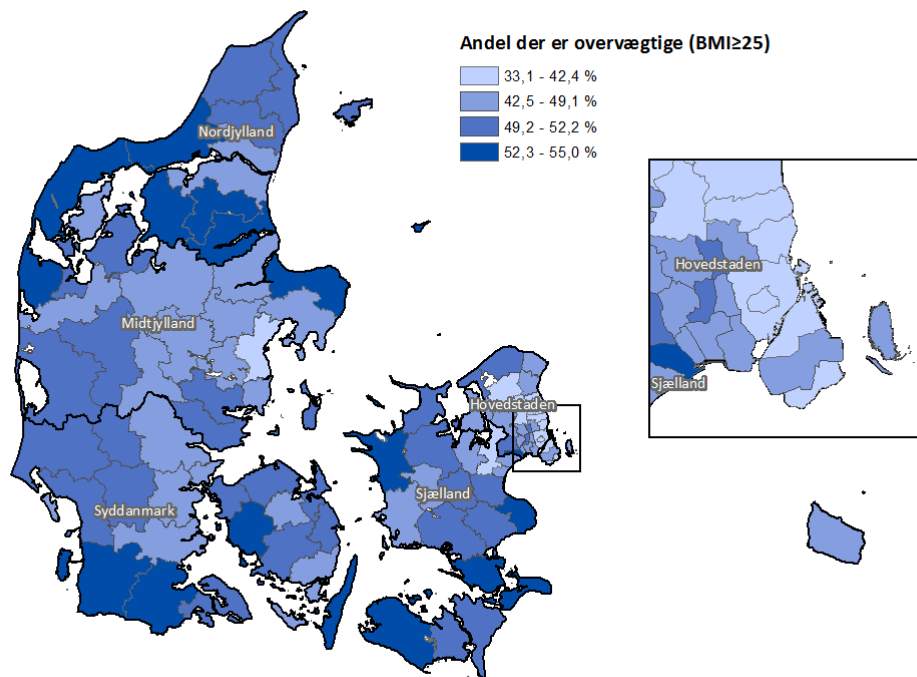


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Anm. Body Mass Index (BMI) udregnes på basis af oplysningerne om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI: Undervægt: BMI < 18,5, Normalvægt: 18,5 ≤ BMI < 25,0, Moderat overvægt: 25,0 ≤ BMI < 30,0, Svær overvægt: BMI ≥ 30,0

Af figur 3.17 fremgår det, at andelen af personer der er overvægtige (BMI>25) er størst i kommunerne i Region Nordjylland. I Region Hovedstaden ses en klart lavere andel overvægtige end de øvrige regioner.

**Figur 3.17**  
**Andele af personer, der er overvægtige (BMI≥25), fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

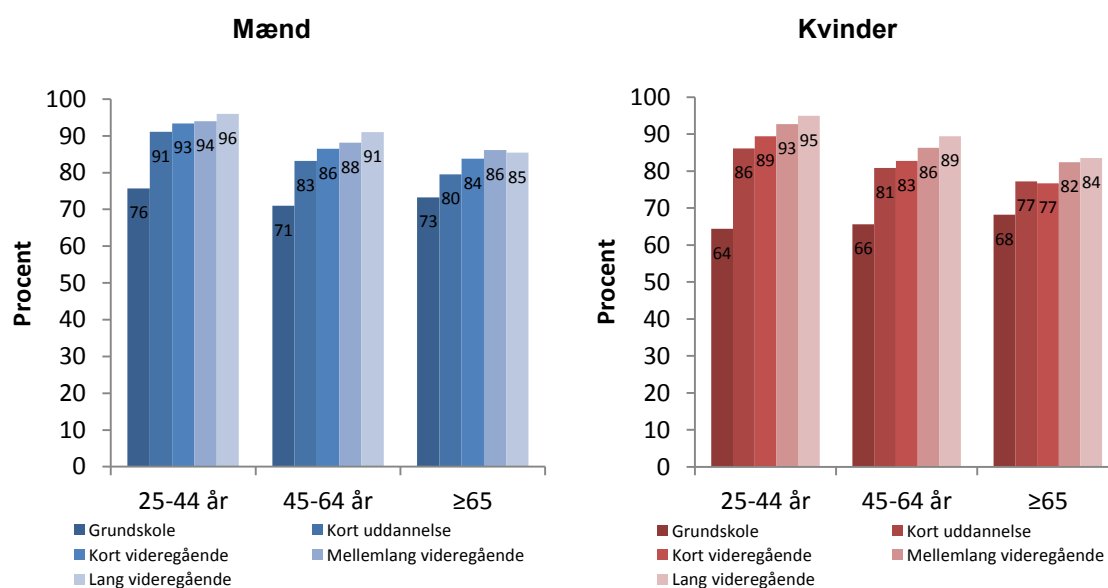
Anm. Body Mass Index (BMI) udregnes på basis af oplysningerne om kropshøjde og kropsvægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI: Undervægt: BMI < 18,5, Normalvægt: 18,5 ≤ BMI < 25,0, Moderat overvægt: 25,0 ≤ BMI < 30,0, Svær overvægt: BMI ≥ 30,0

### 3.6 Selvvurderet helbred

Af figur 3.18 fremgår det, at andelen af personer, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt er størst blandt personer med en lang uddannelse. Desuden ses en tendens til, at andelen af personer, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt stiger systematisk med stigende uddannelseslængde.

Der ses således en klar social ulighed i andelen af mænd og kvinder, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt.

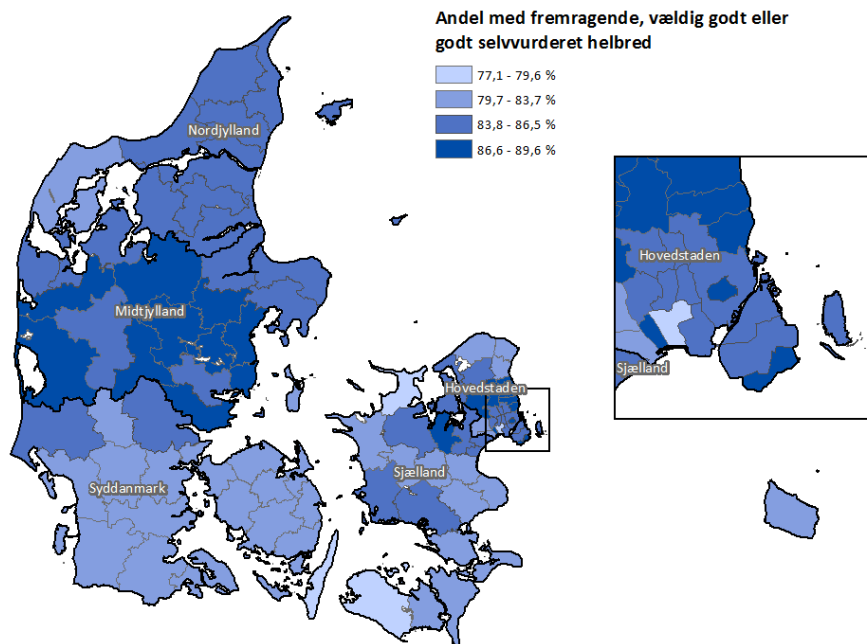
**Figur 3.18**  
**Andele af mænd og kvinder, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt fordelt på højest opnået uddannelsesniveau, køn og alder, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Af figur 3.19 fremgår det, at andelen af personer, som vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt er størst i region Midtjylland samt i flere Nordsjællandske kommuner. Det skal dog bemærkes at der ikke er en specielt stor forskel mellem intervallerne angivet i den laveste (77,1 pct. - 79,6 pct.) og i den højeste gruppe (86,6 pct. - 89,6 pct.).

**Figur 3.19**  
**Andele af personer, der vurderer deres helbred til at være fremragende, vældig godt eller godt, fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



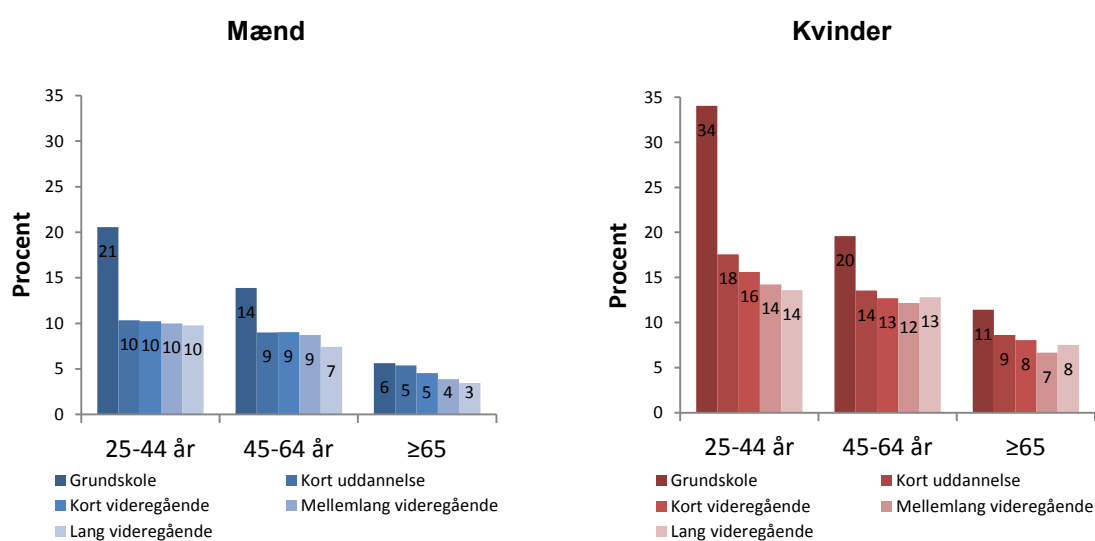
Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

### 3.7 Stress

Af figur 3.20 fremgår det, at der er en markant større andel, som ofte/meget ofte er nervøse eller stressede blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer end personer med længere uddannelse. Andelen af personer som ofte/meget ofte er nervøse eller stressede er størst for personer i aldersgruppen 25-44 år.

Der ses således social ulighed i fordelingen af mænd og kvinder, som ofte/meget ofte er nervøse eller stressede.

**Figur 3.20**  
**Andele af mænd og kvinder, der ofte/meget ofte er nervøse eller stressede, fordelt på højest opnået uddannelsesniveauer, køn og alder, Danmark 2010**

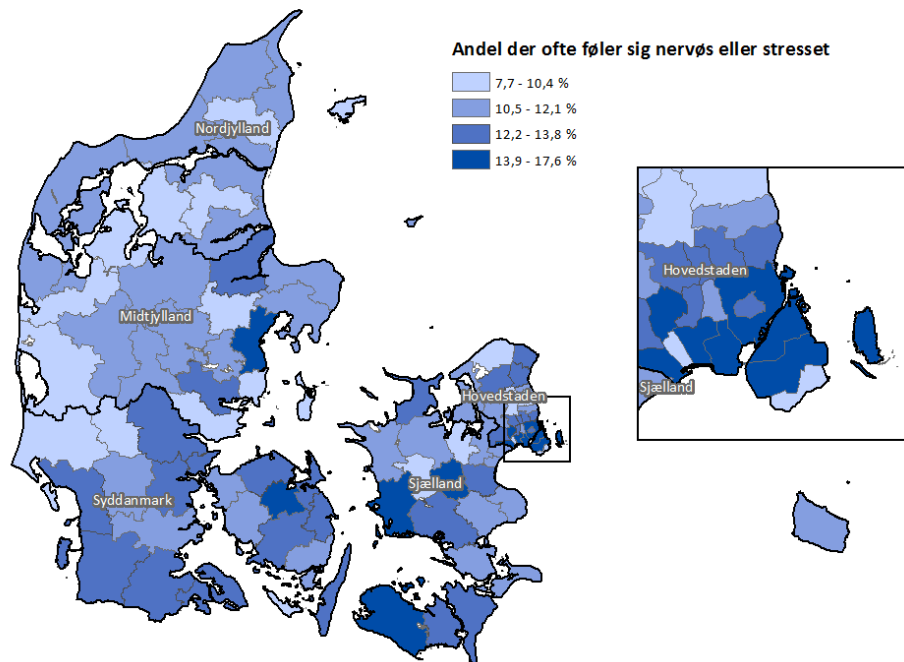


Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Anm. Det kan i denne opgørelse ikke udelukkes, at der er tale om omvendt kausalitet. Når personer med grundskole som højest opnået uddannelsesniveauer skiller sig markant ud, kan det måske skyldes, at personer som angiver at være nervøse eller stressede, kan have psykiske problemer som gør at de ikke har fået en uddannelse. Det kan således ikke udelukkes, at det i dette tilfælde ikke er uddannelse, der påvirker det mentale helbred, men det mentale helbred der påvirker uddannelsesmulighederne.

Af figur 3.21 fremgår det, at andelen af personer, der ofte/meget ofte føler sig nervøse eller stressede, er størst i Århus, Odense, Lolland, Slagelse og Ringsted kommuner samt i hovedstadsområdet.

**Figur 3.21**  
**Andele af personer, der ofte føler sig nervøs eller stresset, fordelt på bopælskommune, Danmark 2010**



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk



## 4 Forebyggende ydelser

### 4.1 Børneundersøgelser

Alle børn får tilbudt syv forebyggende helbredsundersøgelser, der foregår hos deres praktiserende læge i alderen 5 uger, 5 måneder og 1-5 år. Ved hver enkelt af de forebyggende undersøgelser vurderer den praktiserende læge, om barnet er i trivsel, og om det udvikler sig som forventet i forhold til alder.

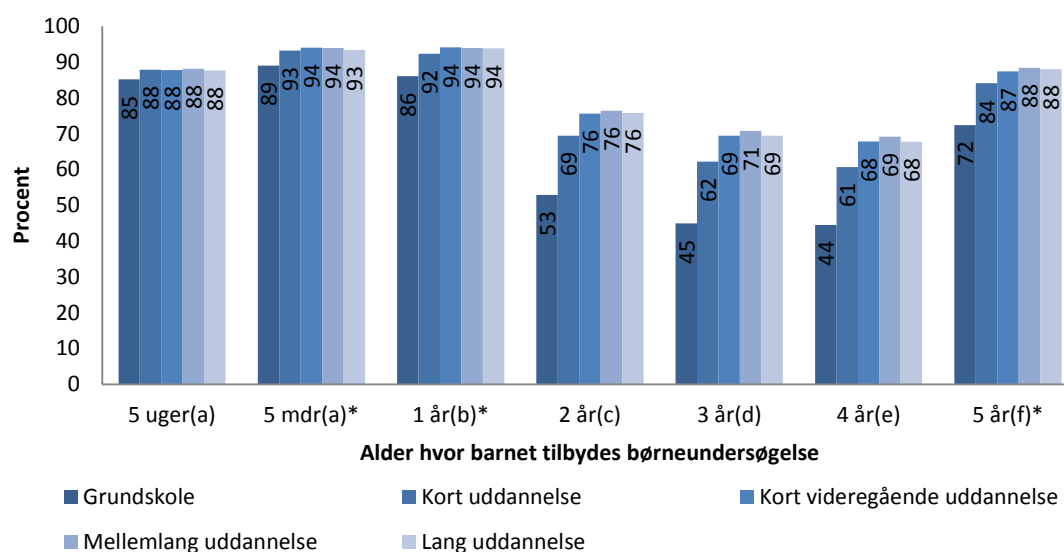
Af figur 4.1 fremgår det, at børn får foretaget nogenlunde lige mange 5 ugers, 5 måneders og 1 års børneundersøgelser uafhængig af forældrenes uddannelsesniveau. Derimod er der færre børn af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der modtager børneundersøgelser når de er 2-5 år end blandt børn med forældre med længere uddannelse. Generelt falder niveauet dog for alle børn, der modtager børneundersøgelser når de er 2-5 år.

Desuden ses en svag tendens til, at andelen af børn, der modtager børneundersøgelser, stiger systematisk med forældrenes uddannelseslængde, samt at flere børn modtager børneundersøgelser i de år hvor de også tilbydes vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet.

Der ses således social ulighed i fordelingen af børn, der modtager børneundersøgelser.

**Figur 4.1**

**Andele af børn, der har modtaget børneundersøgelser i 2007-2009, fordelt på deres forældres højeste opnåede uddannelse, Danmark 2007-2009**



a-f: Andelen er af antal børn i 2008 i alderen: a(0-1 år); b( 1-2 år); c(2-3 år); d(3-4 år); e (4-5 år); f (5-6 år)

\* angiver undersøgelses-mdr/-år hvor børnene også får tilbudt vaccination

Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm.: Det er opgjort, om barnet er blevet registreret med ydelseskoderne for børneundersøgelserne i en tre-årig periode (2007-2009). Alle børn der i 2008 var i alderen, hvor børneundersøgelsen efter anbefalingen skal udføres + året efter er medtaget.

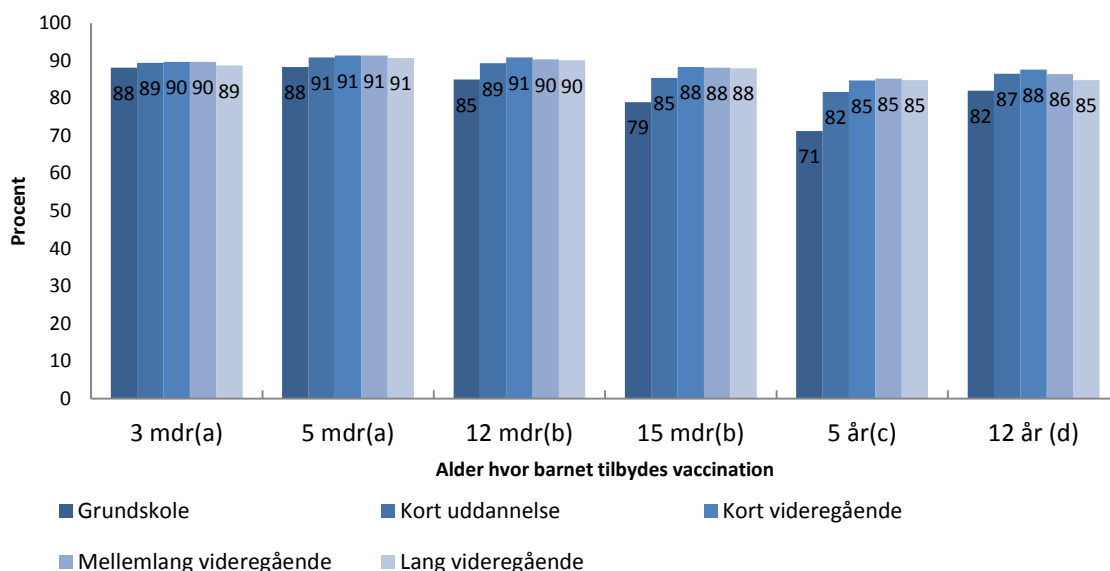
## 4.2 Børnevaccinationer

Alle børn tilbydes gratis vaccination hos deres praktiserende læge efter et fastlagt vaccinationsprogram. Vaccinerne beskytter mod ni forskellige infektionssygdomme: difteri, stivkrampe, polio, kighoste, Hib-infektion, pneumokoksygdom, mæslinger, fåresyge og røde hunde.

Af figur 4.2 fremgår det, at der bliver foretaget nogenlunde lige mange 3 måneders, 5 måneders og 12 års børnevaccinationer uafhængig af forældrenes uddannelsesniveau. Derimod er der færre børn af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, der modtager børnevaccinationer når de er 12 måneder, 15 måneder og 5 år end børn af forældre med længere uddannelse.

Der ses således social ulighed i andelen af børn, der modtager børnevaccinationer, når de er 12 måneder, 15 måneder og 5 år.

**Figur 4.2**  
**Andele af børn, der har modtaget børnevaccinationer i 2007-2009, fordelt på deres forældres højst opnåede uddannelse, Danmark 2007-2009**



a-f: Andelen er af antal børn i 2008 i alderen: a(0-1 år); b( 1-2 år); c(5-6 år); d (12-13 år)

Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm.: Det er opgjort, om barnet er blevet registreret med ydelseskoden for børnevaccinationen i en tre-årig periode (2007-2009). Alle børn, der i 2008 var i alderen, hvor børnevaccinationen anbefales at blive foretaget, samt året efter er medtaget.

### 4.3 Screening for livmoderhalskræft

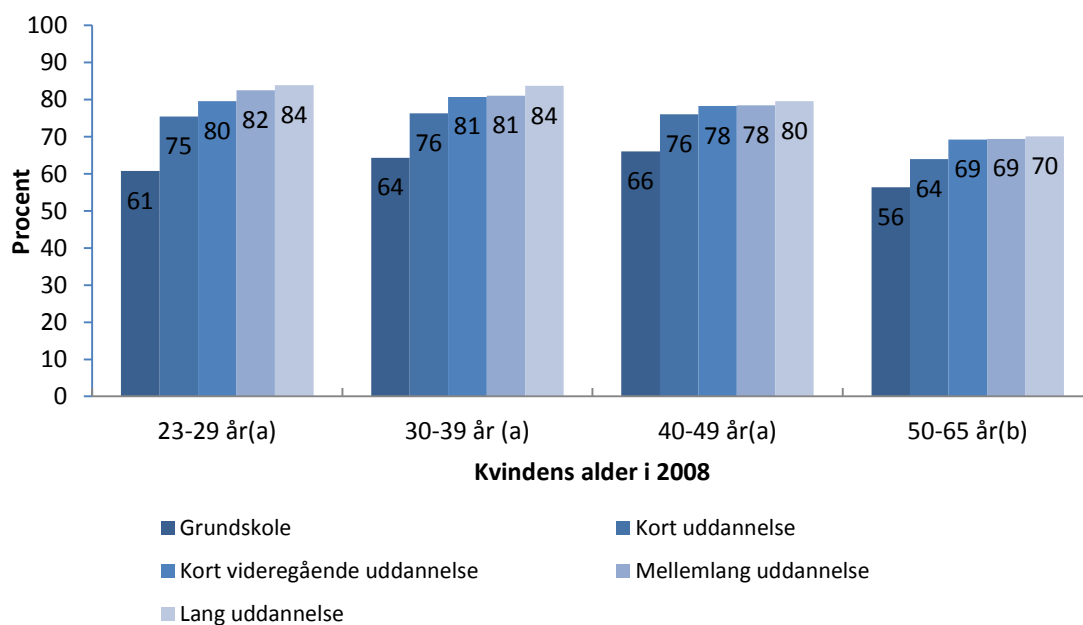
Alle kvinder i alderen 23 og 65 år bliver regelmæssigt tilbudt screening for livmoderhalskræft hos en praktiserende læge. Kvinder mellem 23 og 50 år bliver inviteret til den forebyggende undersøgelse hvert tredje år, og kvinder mellem 50 og 65 hvert femte år. Formålet med screeningen er at finde og behandle eventuelle forstadier til livmoderhalskræft, inden det udvikler sig til kræft.

Af figur 4.3 fremgår det, at der er en mindre andel, der modtager screening for livmoderhalskræft blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveaue end kvinder med en længere uddannelse. Desuden ses en tendens til, at andelen af kvinder, der modtager screening for livmoderhalskræft stiger systematisk med uddannelsesniveaue.

Der er således social ulighed i fordelingen af kvinder, der modtager screening for livmoderhalskræft.

**Figur 4.3**

**Andel af kvinder i alderen 23-65 år i 2008, der har modtaget screening for livmoderhalskræft i 2005/2006-2009, fordelt på deres højest opnåede uddannelse, Danmark 2008**



a-b: a: dækker screeningsaktiviteten over en fireårig periode (2006-2009), b: dækker screeningsaktiviteten over en femårig periode (2005-2009).

Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm. Opgørelsen inkluderer kvinder i alderen 23-65 i 2008. For kvinder mellem 23 og 49 er screeningsaktiviteten opgjort over 4 år (2006-2009), for at sikre at også gravide kvinder, der frarådes screening under graviditeten, kan indgå i opgørelserne efter anbefalingerne. For kvinder mellem 50 og 65 er screeningsaktiviteten opgjort over 5 år (2005-2009). Screeningsaktiviteten er identificeret ud fra ydelseskoderne '2102', '4062', '4301', '4303', '4304', samt procedurekoderne 'DZ124', 'DZ124A', 'ZZ4180'. Der gøres opmærksom på, at dækningsgraden kan variere fra opgørelser baseret på Patologibankens data.

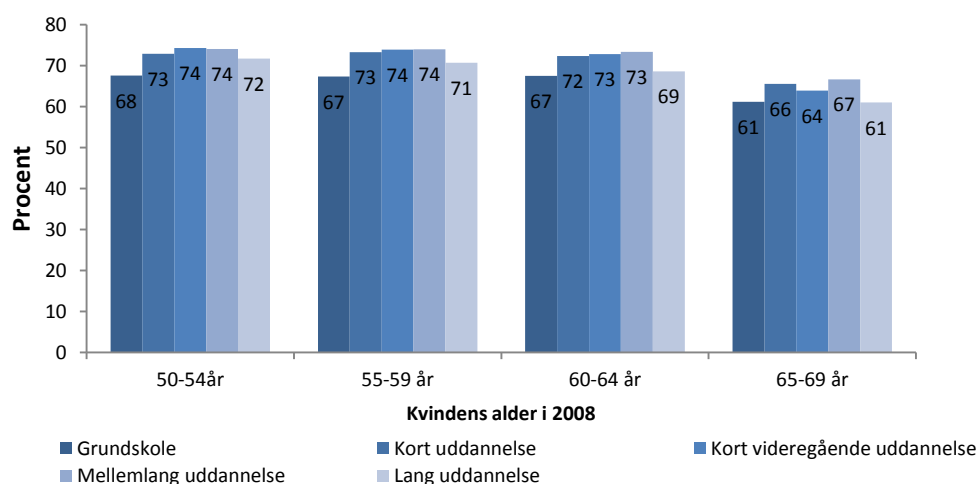
## 4.4 Screening for brystkræft

Alle kvinder mellem 50 og 69 år får hvert andet år tilbudt mammografiscreening af brystet. Formålet med røntgenundersøgelsen er at afsløre kræft i brystet i et tidligt stadie. Jo tidligere kræft i brystet opdages, desto større er chancerne for at overleve sygdommen, og desto mindre er senfølgerne af sygdommen og behandling.

Af figur 4.4 fremgår det, at der er færrest kvinder med en grundskole uddannelse eller lang videregående uddannelse, der har fået foretaget mammografiscreening. Der er dog kun små forskelle i screeningsaktiviteten blandt kvinder med forskelligt uddannelsesniveau. Der er færrest kvinder i aldersgruppen 65-69 år der får foretaget mammografiscreening.

Der er umiddelbart ingen klar social ulighed i andelen af kvinder, der modtager screening for brystkræft.

**Figur 4.4**  
**Andelen af kvinder i alderen 50-69 år i 2008, der har modtaget screening for brystkræft (mammografiscreening) i 2007-2009, fordelt på deres højest opnåede uddannelse og alder i 2008**



Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm. Mammografiscreeningsaktiviteten er identificeret ud fra undersøgelseskoden 'UXRC45' (Mammografi, screening i sygehusregi), ydelseskoden '2301' (Mammografi) og ydelseskoden '2302', udvidet mammografi i speciallægepraksis. Både kliniske mammografier og mammografier foretaget i forbindelse med screeningsprogrammer er medtaget.

## 5 Behandlende ydelser

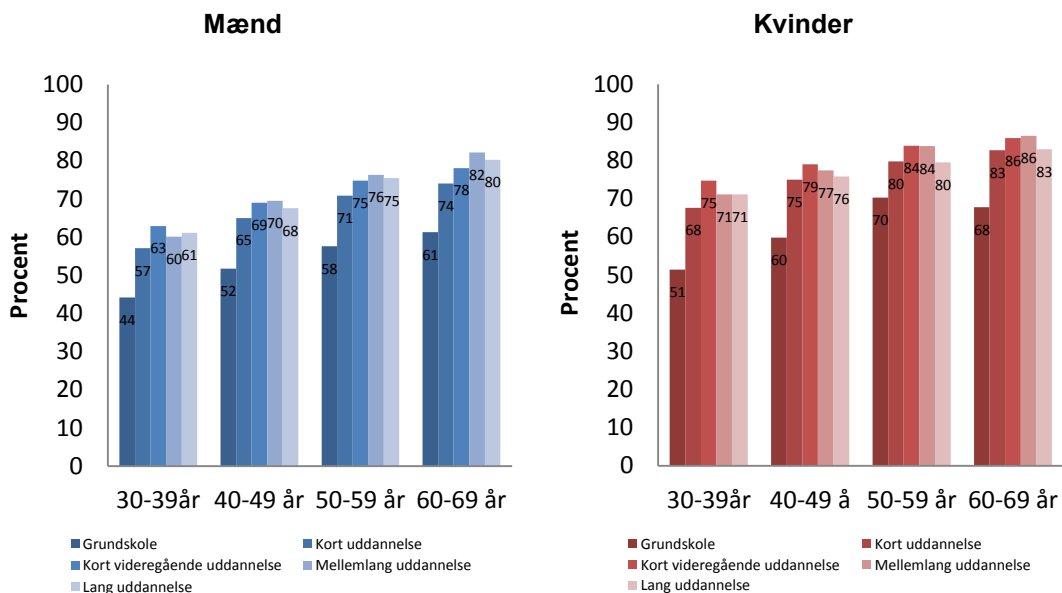
### 5.1 Regelmæssig diagnostisk tandlægeundersøgelser

Af figur 5.1 fremgår det, at der er en mindre andel, der modtager mindst én diagnostisk tandlægeundersøgelse i 2008-2009 blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau end blandt personer med længere uddannelse.

Der er således social ulighed i fordelingen af personer, der modtager mindst én diagnostisk tandlægeundersøgelse i denne toårige periode.

**Figur 5.1**

**Andel af befolkningen i 2009 i alderen 30-69, der har modtaget mindst én diagnostisk tandlægeundersøgelse i 2008-2009, fordelt på køn og højeste opnåede uddannelse, Danmark**



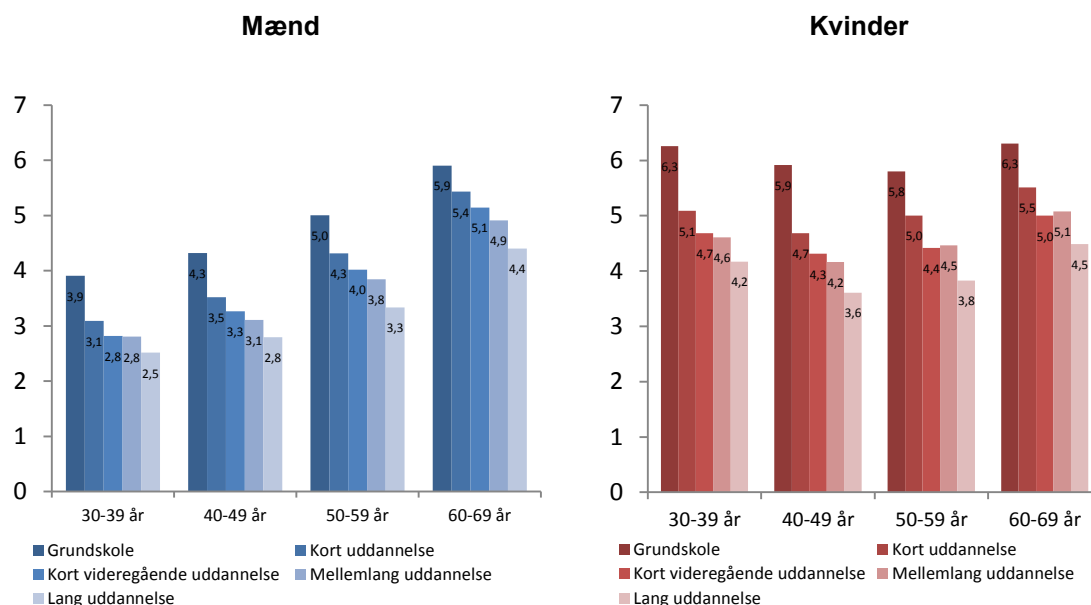
Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm.: Diagnostisk tandlægeundersøgelse er identificeret ud fra ydelseskoderne for "Regelmæssig diagnostisk undersøgelse". Tandlægeaktiviteten dækker en to-årig periode (2008-2009). Alle mænd og kvinder i alderen 30-69 ultimo 2009 er medtaget.

## 5.2 Brug af alment praktiserende læger

Af figur 5.2 fremgår det, at personer med grundskole som højst fuldførte uddannelsesniveau i gennemsnit har flere besøg i almen praksis end personer med en længere uddannelse. Desuden ses en tendens til, at det gennemsnitlige antal besøg i almen praksis falder systematisk med uddannelsesniveau for både mænd og kvinder.

**Figur 5.2**  
**Gennemsnitlige antal besøg i almen praksis i 2009 blandt danske mænd og kvinder i alderen 30-69 i 2009, fordelt på deres højst opnåede uddannelse, Danmark**



Kilde: Forebyggelsesregistret

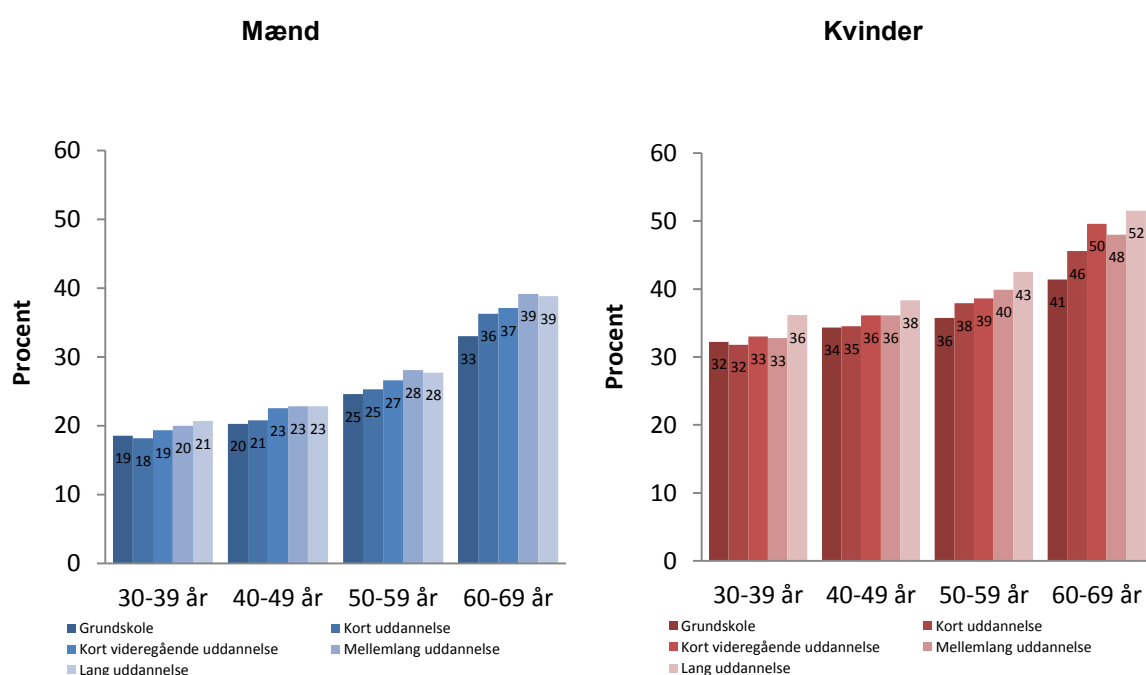
Anm.: Opgørelsen angiver gennemsnitlig antal dags/aften konsultationer og sygebesøg i almen praksis i 2009 for mænd og kvinder i alderen 30-69. Telefon- og emailkonsultationer er således ikke medtaget i opgørelsen.

### 5.3 Brug af speciallæger

Af figur 5.3 fremgår det, at andelen af personer, der benytter sig af speciallægehjælp er nogenlunde jævnt fordelt blandt personer med forskelligt uddannelsesniveau. Blandt personer mellem 50-69 år er der dog en mindre andel med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau, der benytter speciallæger, end personer med en længere uddannelse.

Andelen af personer, der benytter sig af speciallæger stiger systematisk med alderen og er størst blandt kvinder i alderen 60-69 år.

**Figur 5.3**  
**Andele af danske mænd og kvinder i alderen 30-69 år i 2009, der har benyttet sig af speciallægehjælp, fordelt på deres højeste opnåede uddannelse, Danmark**



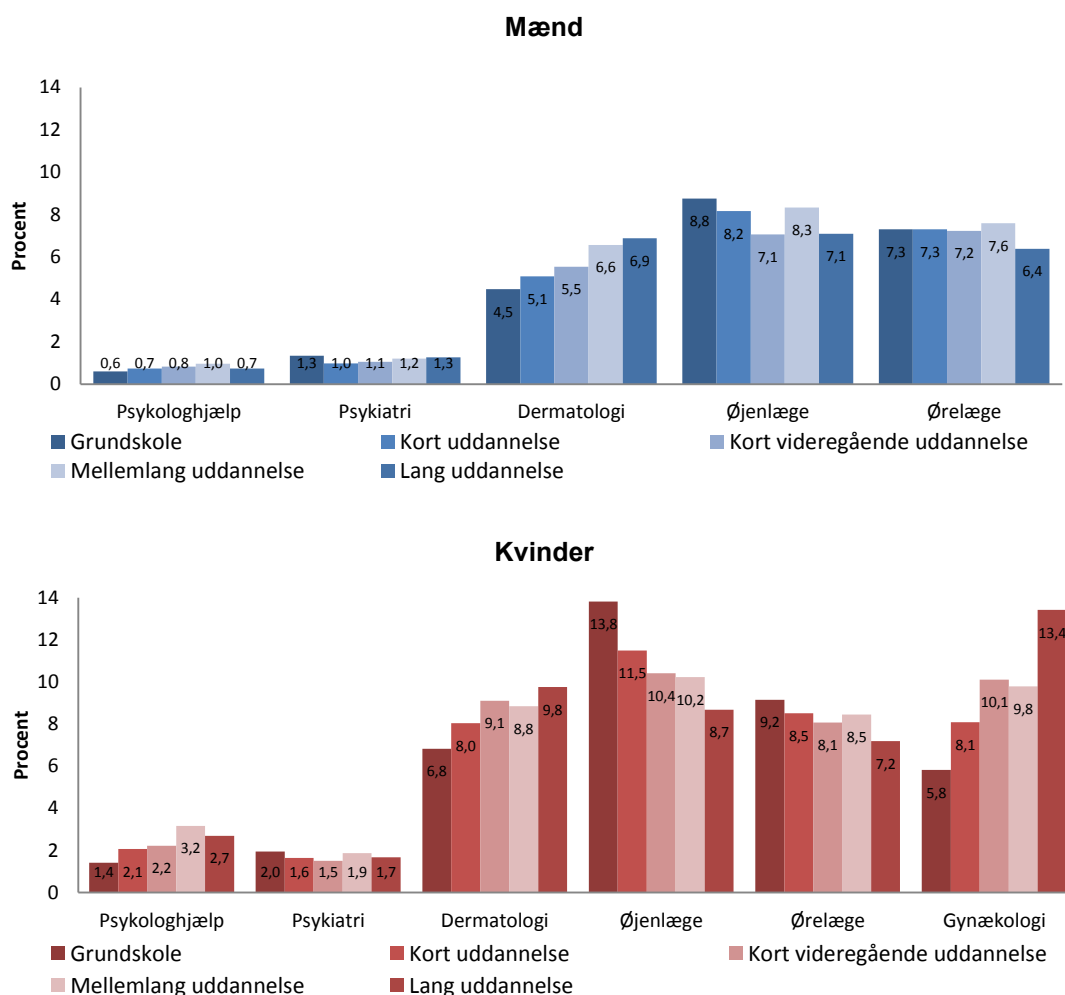
Kilde: Forebyggelsesregistret

Af figur 5.4 fremgår det, at andelen af mænd og kvinder, der benytter sig af hudlæge er størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der er en nogenlunde jævn fordeling i andelen af mænd, der benytter sig af psykologhjælp, psykiatri, øjenlæge og ørelæge i de forskellige uddannelsesgrupper.

Andelen af kvinder, der benytter øjenlæge og ørelæge er størst blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse og falder herefter nogenlunde systematisk med stigende uddannelseslængde. Andelen af kvinder, der benytter sig af dermatolog og gynækolog er derimod størst blandt kvinder med en lang uddannelse. Der er en nogenlunde jævn fordeling i andelen af kvinder, der benytter sig af psykologhjælp og psykiatri i de forskellige uddannelsesgrupper.

Der ses således ingen systematisk uddannelsesmæssig forskel i andelen af personer, der benytter sig af speciallæger.

**Figur 5.4**  
**Andele af danske mænd og kvinder i alderen 30-69 i 2009, der har benyttet sig af psykologhjælp, dermatolog, øjenlægehjælp, ørelægehjælp, psykiatri, samt gynækolog for kvinder, fordelt på deres højeste opnåede uddannelse, Danmark**



Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm. Analysen inkluderer kun besøg hvor det offentlige har ydet helt eller delvist tilskud. Tilskudsordningen for psykologhjælp for let til moderat depression blev indført i 2008 og aldersbegrænset til 18-37 år. Det kan formentlig forklare det høje forbrug i aldersgruppen 30-39 år.



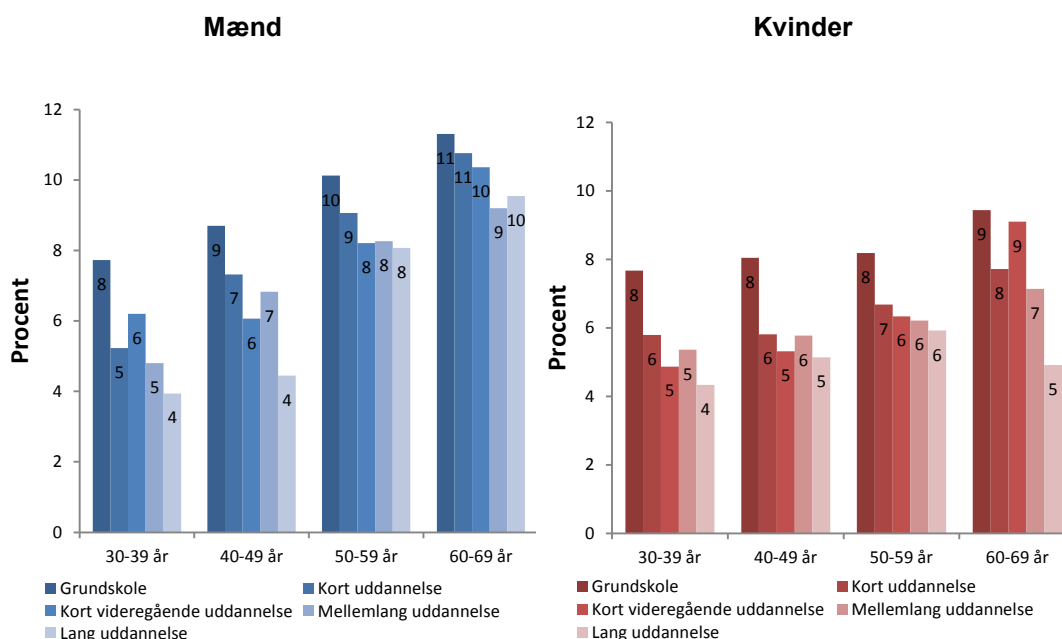
## 6 Resultater af behandlingen

### 6.1 Genindlæggelser

Af figur 6.1 fremgår det, at der er en større andel, der bliver genindlagt blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelses end blandt personer med længere uddannelse.

Der ses således en klar social ulighed i fordelingen af personer, der bliver genindlagt.

**Figur 6.1**  
**Andel genindlagte af alle indlagte mænd og kvinder i alderen 30-69 år i 2008, fordelt på deres højeste opnåede uddannelse, Danmark**



Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm. Genindlæggelsesfrekvensen opgøres som andelen af genindlæggelser ud af antal udskrivinger i 2008. En genindlæggelse defineres som akutte indlæggelser (eksklusiv kræft og ulykke) inden for 30-dage efter sidste udskriving. Der skelnes således ikke mellem, om en patient genindlægges på sygehus med samme sygdom (diagnose) som vedkommende blev udskrevet med. Indlæggelse på baggrund af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit (overflytninger) tæller ikke med i opgørelsen af genindlæggelser. Endvidere udelukkes indlæggelser hvor patienten har diagnoser for ulykker og kræft som mulige genindlæggelser, da det sundhedsfagligt set vil have en u hensigtsmæssig effekt på niveauet af genindlæggelser. Disse patienter inkluderes dog i det samlede antal indlæggelser. Endeligt, tages der højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet. Genindlæggelser (inden for kriterierne for en genindlæggelse), der finder sted inden 30. januar 2009, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år (her 2008), regnes med som en genindlæggelse i foregående år (her 2008). Opgørelsen omfatter således alle genindlæggelser fra d. 1. januar 2008 til d. 31. januar 2009.

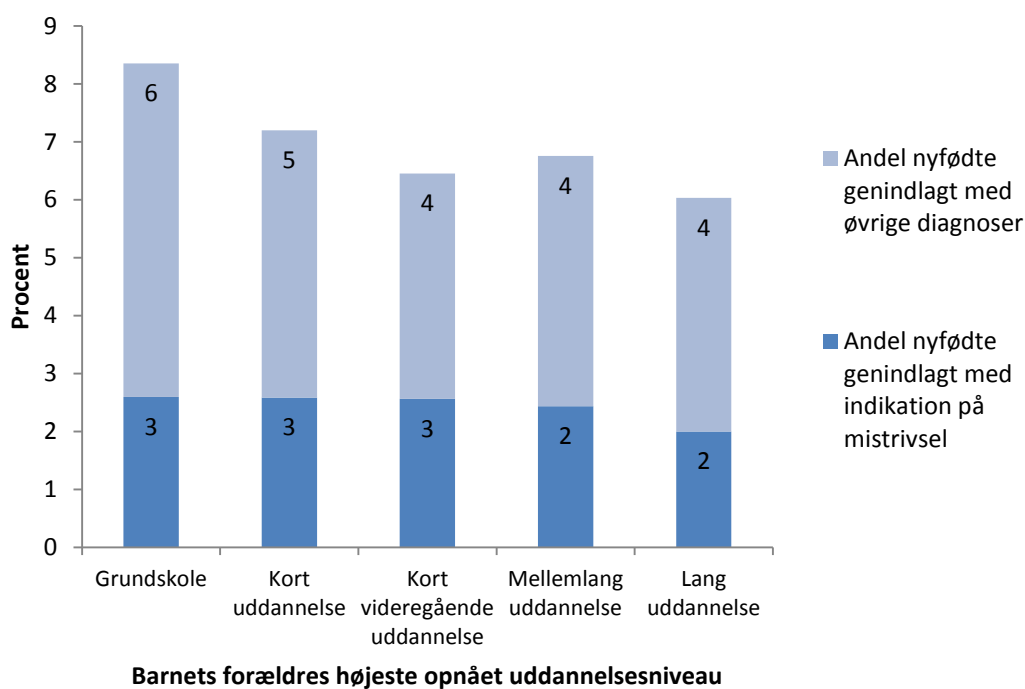
## 6.2 Genindlæggelser af nyfødte

Af figur 6.2 ses en mindre tendens til, at en større andel af nyfødte af forældre med kort uddannelse genindlægges indenfor 28 dage efter fødslen.

Der er således ikke en entydig social ulighed i fordelingen af genindlæggelser af nyfødte.

**Figur 6.2**

**Andel genindlagte nyfødte af alle nyfødte børn i 2008, fordelt på barnets forældres højeste opnået uddannelse, Danmark 2009**



Kilde: Forebyggelsesregistret

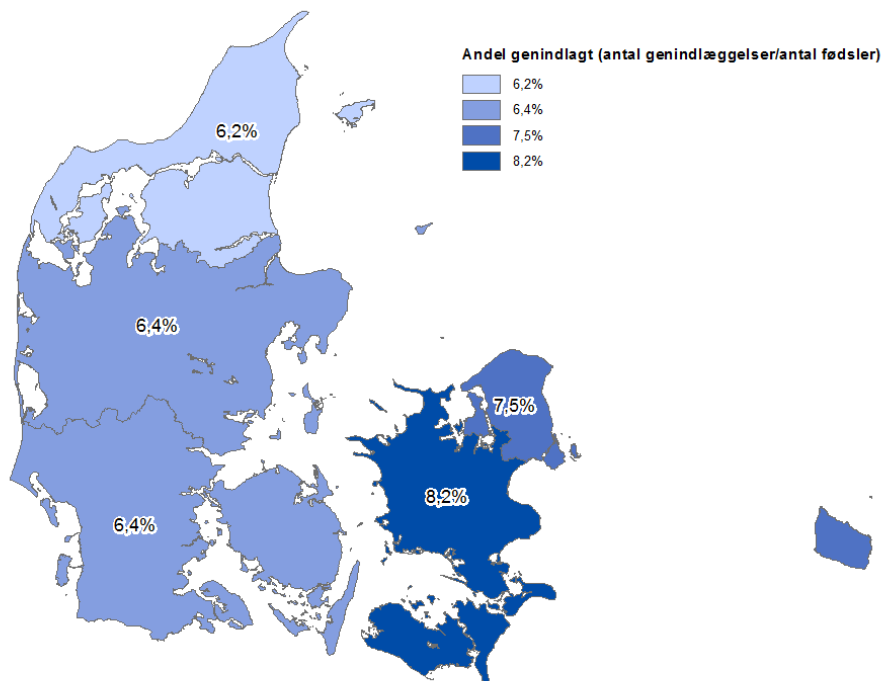
Anm: Opgørelse af antal nyfødte i 2008 med mindst én genindlæggelse, indenfor 28 dage efter fødsel. Indikation på mistrivsel er defineret ud fra følgende diagnoser: Dehydratio og Hypermatriaemi, Dårlig trivsel, Gulsot, Fejlnæring og spiseproblemer

Af figur 6.3 fremgår det, at en større andel af nyfødte genindlægges inden for 28 dage i region Sjælland, hvorimod der er en mindre andel af nyfødte, der genindlægges i region Nordjylland.

Det tyder således på, at der er en geografisk ulighed snarere end en social ulighed i fordelingen af genindlæggelser af nyfødte.

Blandt nyfødte i 2008 var der dog kun i alt 7 % der blev genindlagt, hvorfor resultatet skal tolkes med varsomhed.

**Figur 6.3**  
**Andel genindlagte nyfødte af alle nyfødte børn i 2008, fordelt på bopælsregion, Danmark 2008**



Kilde: Forebyggelsesregistret

Anm: Opgørelse af antal nyfødte i 2008 med mindst én genindlæggelse, indenfor 28 dage efter fødsel. Opgørelsen omfatter således alle genindlæggelser fra d. 1. januar 2008 til d. 31. januar 2009.

