

STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Karina Christensen, Christina Bjørk, Mathilde Vinter-Larsen, Ellen Løkkegaard og Morten Grønæk

OTTE FOLKESYGDOMME

– FOREKOMST OG UDVIKLING

Hjertekar-sygdomme • Type 2-diabetes • Osteoporose • Muskel- og skelettsygdomme
Overfølsomhedssygdomme • Psykiske lidelser • Kronisk obstruktiv lungesygdom • Cancer

OTTE FOLKESYGDOMME

- FOREKOMST OG UDVIKLING

Hjertekar-sygdomme • Type 2-diabetes • Osteoporose • Muskel- og skelettsygdomme
• Overfølsomhedssygdomme • Psykiske lidelser • Kronisk obstruktiv lungesygdom •
Cancer

Udarbejdet af:

Karina Christensen, Christina Bjørk,

Mathilde Vinther-Larsen, Ellen Løkkegaard og Morten Grønbæk

Statens Institut for Folkesundhed . Her skal indsættes logo

OTTE FOLKESYGDOMME - FOREKOMST OG UDVIKLING

Hjertekar-sygdomme • Type 2-diabetes • Osteoporose • Muskel- og skelettsygdomme •
Overfølsomhedssygdomme • Psykiske lidelser • Kronisk obstruktiv lungesygdom • Cancer

Af: Karina Christensen, Christina Bjørk, Mathilde Vinther-Larsen, Ellen Løkkegaard og Morten Grønbæk.

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København, April 2005

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Tryk: DAMI

Oplag: 200 eksemplar

Omslag: United A/S

ISBN: 87-7899-086-6

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til:
Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
Øster Farimagsgade 5 - 1399 København K.

Telefon +45 39 20 77 77

Telefax +45 39 20 80 10

Email: sif@si-folkesundhed.dk

www.si-folkesundhed.dk

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er et selvstændigt sektorforskningsinstitut under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Instituttets primære formål er at forske i den danske befolknings sundhed og sygelighed og i sundhedsvæsenets funktion.

Forord

Forskere og sundhedsplanlæggere har indimellem brug for at kunne hente tal frem, der viser om forekomsten af en sygdom er stigende, faldende eller konstant. Dette projekt er iværksat for at sikre forskere og planlæggere adgang til "et historisk" datamateriale og supplerende litteraturgennemgang således, at man ikke selv behøver at grave al den grundlæggende litteratur og data frem. Det er den publicerede litteratur og data fra registre op til ultimo 2004, der dækkes i dette projekt.

I regeringens folkesundhedsprogram 'Sund hele livet 2002-2010' er følgende otte folkesygdomme beskrevet: Type 2-diabetes, cancer, hjertekar-sygdomme, osteoporose (knogleskørhed), muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom. Disse otte folkesygdomme danner udgangspunkt for denne opgørelse og litteraturgennemgang. Opgørelsen foretages for hver af de otte folkesygdomme.

Baggrunden for opgørelsen er et behov for en tilgængelig oversigt over litteratur fra danske studier om forekomsten af de otte folkesygdomme. Formålet er således at monitorere prævalens og incidens for de otte folkesygdomme på baggrund af en litteraturgennemgang over danske epidemiologiske undersøgelser. Ligeledes fokuseres på definitioner af sygdommene, ændring af definitioner over tid og validitet af datakilder (herunder registre).

Prævalens forstås her som det samlede antal sygdomstilfælde i et givent år, og incidens dækker over antallet af nyopståede tilfælde pr. år. For hver sygdomskategori beskrives prævalensudviklingen over tid. For nogle af sygdomsgrupperne er der taget udgangspunkt i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY), udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed. SUSY-undersøgelserne er repræsentative, nationale befolkningsundersøgelser, som beskriver den aktuelle sundheds- og sygelighedstilstand i den danske befolkning. Foruden beskrivelserne af prævalensudviklingen følger en beskrivelse af incidensudviklingen over tid, som tager udgangspunkt i opgørelser for de enkelte sygdomskategorier fra forskellige registre. Ligeledes diskuteres kritisk både prævalens- og incidensopgørelserne for hver sygdomskategori.

Projektet er udarbejdet af de forfattere, der fremgår af hver af de otte kapitler. Prof. dr.med. Morten Grønbæk har været forskningsleder på projektet.

Under processen er der etableret et samarbejde med konsulenter indenfor hver sygdomsgruppe. Der skal derfor lyde en tak for behjælpelig bistand til forsker, læge ph.d. Marit Eika Jørgensen, Statens Institut for Folkesundhed; overlæge, ph.d. Inge Haunstrup Clemmensen, Kræftens Bekæmpelse; forskningsleder, cand. stat. Mette Madsen, Statens Institut for Folkesundhed; læge, ph.d. Susanne Høidrup, Institut for Sygdomsforebyggelse, Kommunehospitalet; sygeplejerske, ph.d. Yrsa Andersen Hundrup, Statens Institut for Folkesundhed; seniorforsker, cand.psych. Mette Kjøller, Statens Institut for Folkesundhed; forskningsleder, læge, ph.d. Allan R. Linneberg, Amtssygehuset i Glostrup, Københavns Amts ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundhed; professor, dr.med. Preben Bo Mortensen, Center for Registerforskning, Aarhus Universitet og seniorforsker, cand. stat., ph.d. Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed.

Projektet er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og instituttets basisbevilling. Projektets dataindsamling er afsluttet 24. aug. 2004, og er baseret på registre og befolkningsundersøgelser.

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør

Morten Grønbæk
Forskningsleder

Otte folkesygdomme

- Forekomst og udvikling

Hjertekarsygdomme - Mathilde Vinther Larsen	7
Type 2-diabetes - Karina Christensen.....	21
Osteoporose - Karina Christensen	31
Muskel- og skeletsygdomme - Karina Christensen.....	43
Overfølsomhedssygdomme - Christina Bjørk.....	55
Psykiske lidelser - Christina Bjørk	83
Kronisk obstruktiv lungesygdom - Christina Bjørk	109
Cancer - Mathilde Vinther-Larsen	119
Yderligere oplysninger på hjemmesider	145

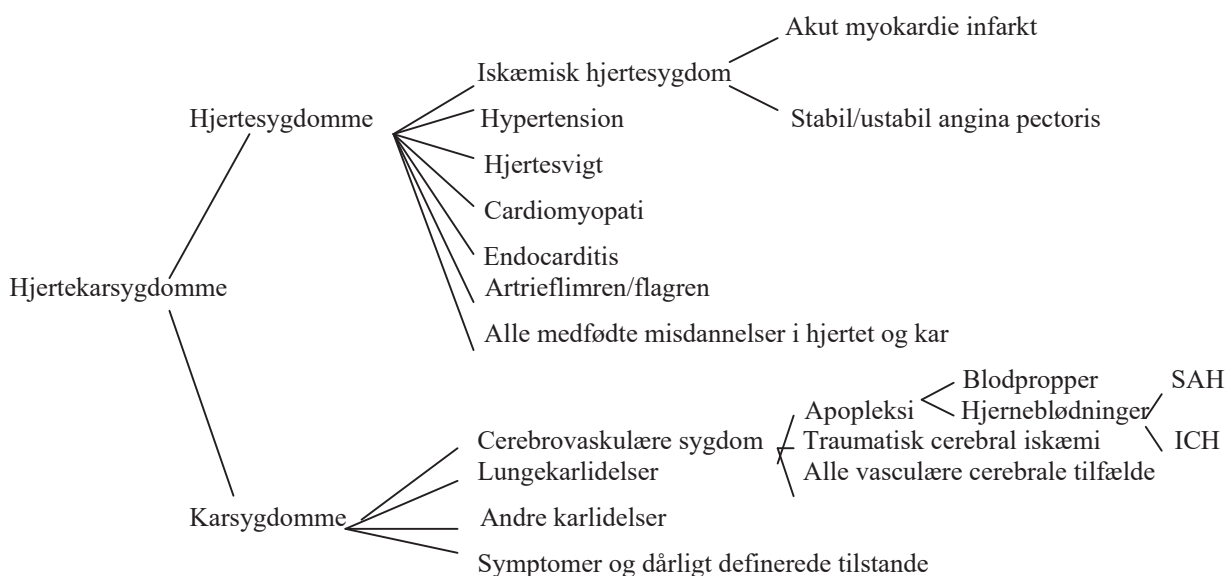
Hjertekarsygdomme - af Mathilde Vinther Larsen

Hjertekarsygdomme	8
Definitioner	9
Prævalens.....	10
Figur 2: Aldersspecifik prævalensudvikling over hjertekarsygdom for mænd.....	10
Figur 3: Aldersspecifik prævalensudvikling over hjertekarsygdom for kvinder	11
Problemer med prævalensopgørelser	11
Incidensopgørelser for AMI.....	12
Figur 4: Aldersspecifik incidensudvikling over AMI for mænd.....	12
Figur 5: Aldersspecifik incidensudvikling over AMI for kvinder	13
Problemer med incidensopgørelser for AMI.....	13
Incidensopgørelser af apopleksi.....	15
Figur 6: Aldersspecifik incidensudvikling over apopleksi for mænd	15
Figur 7: Aldersspecifik incidensudvikling over apopleksi for kvinder.....	16
Problemer med incidensopgørelser for apopleksi.....	16
Validitet af diagnoserne AMI og apopleksi	17
Referencer.....	18

Hjertekarsygdomme

Hjertekarsygdomme er en samlet betegnelse for lidelser i hjerte eller kar. Her inkluderes både sygdomme i hjertet (kardiovaskulære sygdomme) og sygdomme i hjernen (cerebrovaskulære sygdomme):

Figur 1: Oversigt over hjertekarsygdomme.



Kilde: Hjertestatistik¹

Kardiovaskulære sygdomme benyttes her som et overordnet begreb, hvori iskæmisk hjertesygdom indgår (se figur 1). Iskæmisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for forskellige lidelser, der både omfatter blodprop i hjertet, akut myokardie infarkt (AMI), og brystmerter, stabil/ustabil angina pectoris. Cerebrovaskulære sygdomme benyttes som et overordnet begreb, hvori der indgår apopleksi, der opdeles i blodpropper i hjernen, thrombeemboliske sygdomme, hjerneblødninger og haemorhagiske cerebrovaskulære sygdomme. Kardio- og cerebrovaskulære sygdomme er ofte forårsaget af aterosklerose, der er påvirkelig af livsstil og biologiske forhold, og forebyggelse er derfor mulig.

Prævalensopgørelserne tager primært udgangspunkt i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY), der består af tre befolkningsundersøgelser foretaget i 1987, 1994 og i 2000 ud fra spørgeskemaer.² Incidensopgørelserne tager udgangspunkt i 'Hjertestatistik' fra Hjerteregisteret.¹ Der vil primært blive fokuseret på AMI og apopleksi. Dette skyldes, at man forventer at disse

lidelser oftest vil føre til indlæggelse og dermed registrering i Landspatientregisteret (LPR), eller føre til pludselig død uden for sygehuset og dermed registrering i Dødsårsagsregisteret.

Definitioner

Akut myokardie infarkt er et dødt område i hjertet, der opstår pga. manglende ilttilførsel forårsaget af en blodprop i kranspulsårerne, opstået på baggrund af aterosklerose. For at diagnosticere et klart akut myokardie infarkt skal et af følgende kriterier være opfyldt: a) fysiske forandringer på EKG eller b) typiske eller atypiske eller utilstrækkelige beskrevne symptomer sammenholdt med sandsynlig EKG og abnorme enzymer eller c) typiske symptomer og abnorme enzymer med iskæmisk eller ukodet EKG eller utilgængelig EKG eller d) dødelig tilfælde, med forekomst af frisk akut myokardie infarkt og/eller for nylig koronar okklusion fundet ved obduktion.³ I 2000 blev der indført nye diagnostiske kriterier for AMI med inddragelse af en mere følsom diagnostisk markør (Troponin). Med denne markør er det nu muligt at definere infarkter af minimal størrelse.^{4;5}

Ikke alle tilfælde af iskæmisk hjertesygdom vil nødvendigvis føre til indlæggelse. Derfor vil opgørelser over incidente tilfælde af AMI være mere præcise når LPR og Dødsårsagsregisteret kombineres som datakilder. I LPR kan AMI være registreret som primær eller sekundær diagnose, mens Dødsårsagsregisteret registrerer tilgrundliggende eller medvirkende årsag til død.* Vælges en bred definition af AMI vil det sandsynligvis give en højere incidens end en opgørelse med en mere snæver definition.

I 1994 skiftede det internationale klassifikationssystem fra ICD-8 til ICD-10. Dette kunne muligvis have haft en effekt på monitoreringen af udviklingen af AMI, men hvis de specielle modifikationskoder (f.eks. obs. pro. og andre), der er knyttet til ICD-8 ekskluderes, er de to klassifikationssystemer dog sammenlignelige.⁷

* Hjerteregisteret (som er en sammenkobling af LPR og Dødsårsagsregisteret) definerer AMI på tre forskellige måder, en snæver, en bredere og en bred definition, med udgangspunkt i indlæggelser registreret i LPR og dødsårsag registreret i Dødsårsagsregisteret:

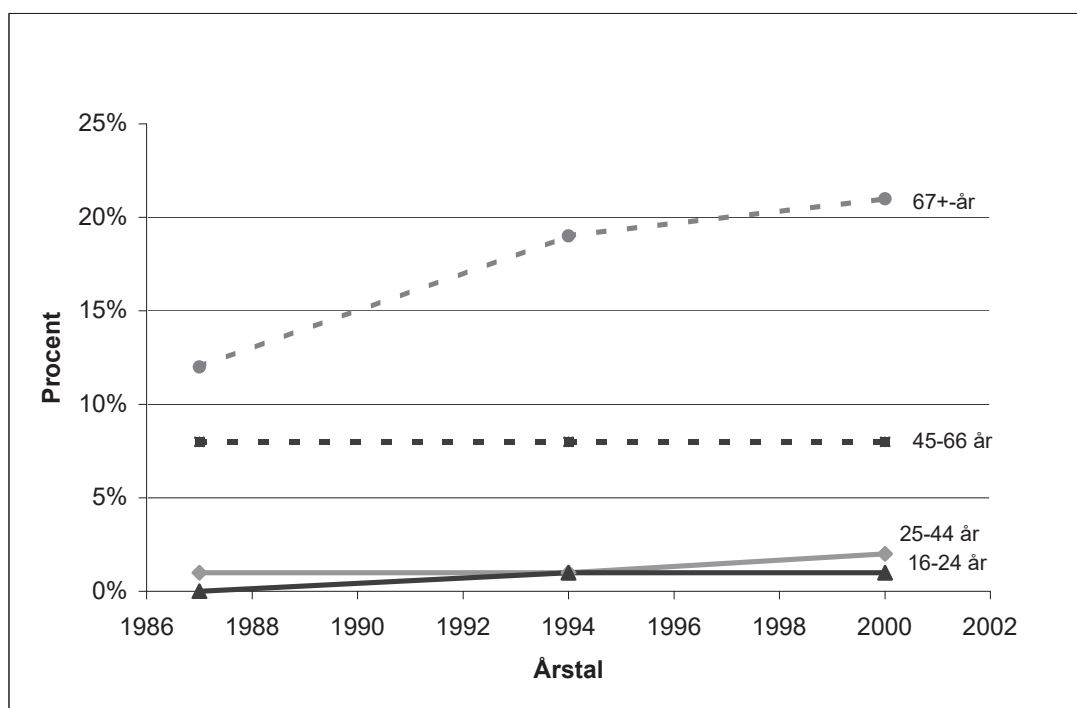
- a) indlæggelse med AMI som primær diagnose eller død med AMI som tilgrundliggende årsag
- b) indlæggelse med AMI som primær eller sekundær diagnose eller død med AMI som tilgrundliggende eller medvirkende årsag
- c) indlæggelse med AMI som primær eller sekundær diagnose eller død med iskæmisk hjertesygdom som tilgrundliggende årsag eller med AMI som medvirkende årsag.⁶

I diagnosen af apopleksi benyttes WHO's definition af apopleksi, som er en akut forandring af en fokal eller global cerebral funktion med symptomer varende over 24 timer eller fører til død forårsaget af formodet vaskulær oprindelse.⁸ Denne definition medfører en skelnen mellem transient iskæmisk anfald, der har apoplektiske symptomer med en varighed under 24 timer, og apopleksi.⁸ I ovenstående definition medtages ikke de asymptomatiske tilfælde af apopleksi. Alle incidensopgørelser for apopleksi, som er inddraget her, tager udgangspunkt i WHO's definition.

Prævalens

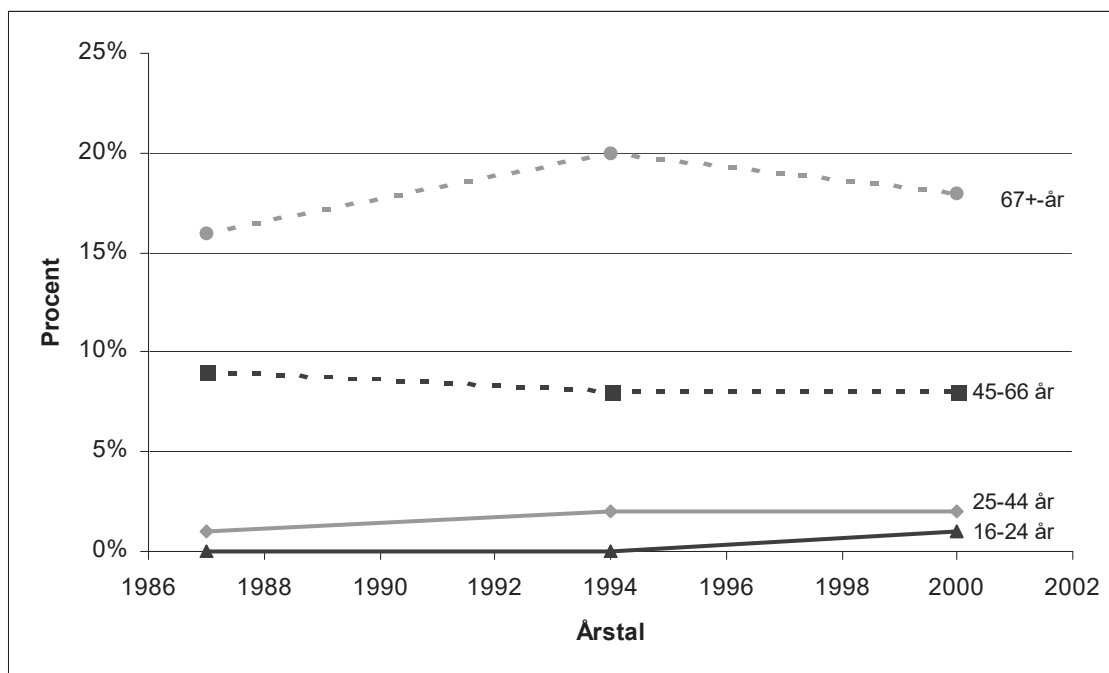
Prævalensen af hjertekarsygdom kan findes ud fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne ved andelen, der har svaret 'ja' til at have hjertekarsygdom som en langvarig sygdom. I 1987 var der 5,5 %, som svarede 'ja' til at have hjertekarsygdom, hvilket svarer til, at 225.000 personer i Danmark havde hjertekarsygdom.⁹ Denne andel er i 1994 steget en smule til 6,0 %, dvs. at i alt 259.000 personer havde hjertekarsygdom.¹⁰ I 2000 har 6,5 % af befolkningen svaret 'ja' til at have hjertekarsygdom, og den estimerede prævalens er således 277.000.² Dette viser, at prævalensen af hjertekarsygdom er steget med 1 % fra 1987 til 2000. Se figur 2 og 3 for uddybning af prævalens.

Figur 2: Aldersspecifik prævalensudvikling over hjertekarsygdom for mænd



Kilde: Kjølner M, *et al.* 2000; Rasmussen, NK *et al.* 1988; Kjølner, M *et al.* 1995.^{2;9;10}

Figur 3: Aldersspecifik prævalensudvikling over hjertekarsydom for kvinder



Kilde: Kjølner M, *et al.* 2000; Rasmussen, NK *et al.* 1988; Kjølner, M *et al.* 1995.^{2;9;10}

Prævalensen af iskæmisk hjertesygdom kan vurderes ved at se hvor mange, der i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har svaret 'ja' til, at de har eller har haft blodprop i hjertet eller hjertekrampe. Prævalensen er i 1994 0,5 %, og i 2000 er den 0,6 %.² Dette tyder på, at der ikke er nogen markant ændring af prævalensen gennem de sidste år.

Ligeledes kan prævalensen af apopleksi opgøres ved at se på andelen, der har svaret 'ja' til at have haft en hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Prævalensen var i 1994 0,1 % og i 2000 0,2 %.²

Problemer med prævalensopgørelser

Teoretisk vil man kunne lave en national registerbaseret prævalensopgørelse over, hvor mange der overlever AMI ved en sammenkobling mellem LPR og CPR, men ved benyttelse af en for bred definition af iskæmisk hjertesygdom vil det give for upræcise tal, da ikke alle tilfælde vil have resulteret i indlæggelse og dermed være blevet registreret i LPR. Derfor bygger prævalensopgørelserne på befolkningsundersøgelserne SUSY.

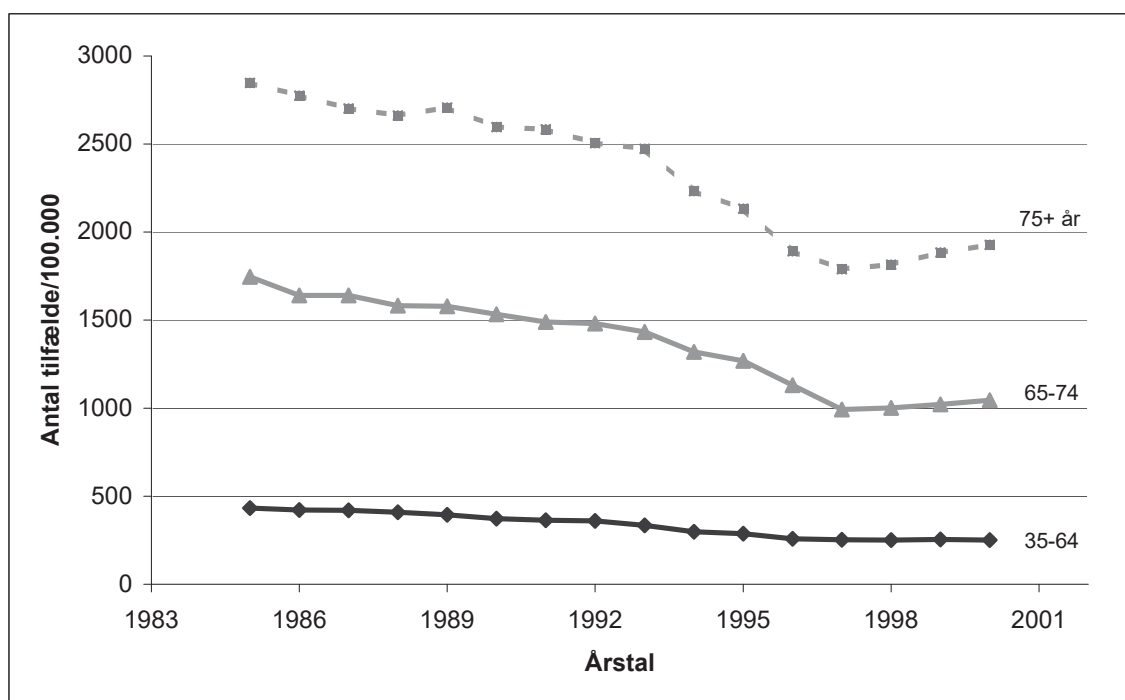
Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er repræsentative for den danske befolkning, hvilket betyder at prævalenserne ligeledes må forventes at være repræsentative. Brug af spørgeskemaer til

monitorering af specifikke sygdomme i undersøgelserne kan være påvirket af deltagernes forskellige tærskel for at rapportere sygdom. Desuden vil der ved spørgeskema- og interviewundersøgelser altid være et vist bortfald. Hvis sygeligheden blandt ikke-deltagerne afviger fra deltagerne, vil prævalensen være behæftet med bias. Deltagerprocenten i de tre Sundheds- og sygelighedsundersøgelser var mellem 79,9 % i 1987 og 74,2 % i 2000. Selvom undersøgelserne som helhed vurderes at være repræsentative, er der en mulighed for skævt bortfald for konkrete sygdomme. En undersøgelse om bortfaldet i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne viser dog, at forskellen mellem deltagere og ikke-deltagere er så lille, at det ikke vil bias resultatet.² For en mere præcis prævalensopgørelse skal opsporingen kombineres af interview, kliniske undersøgelser og information fra hospitalsjournaler.¹¹

Incidensopgørelser for AMI

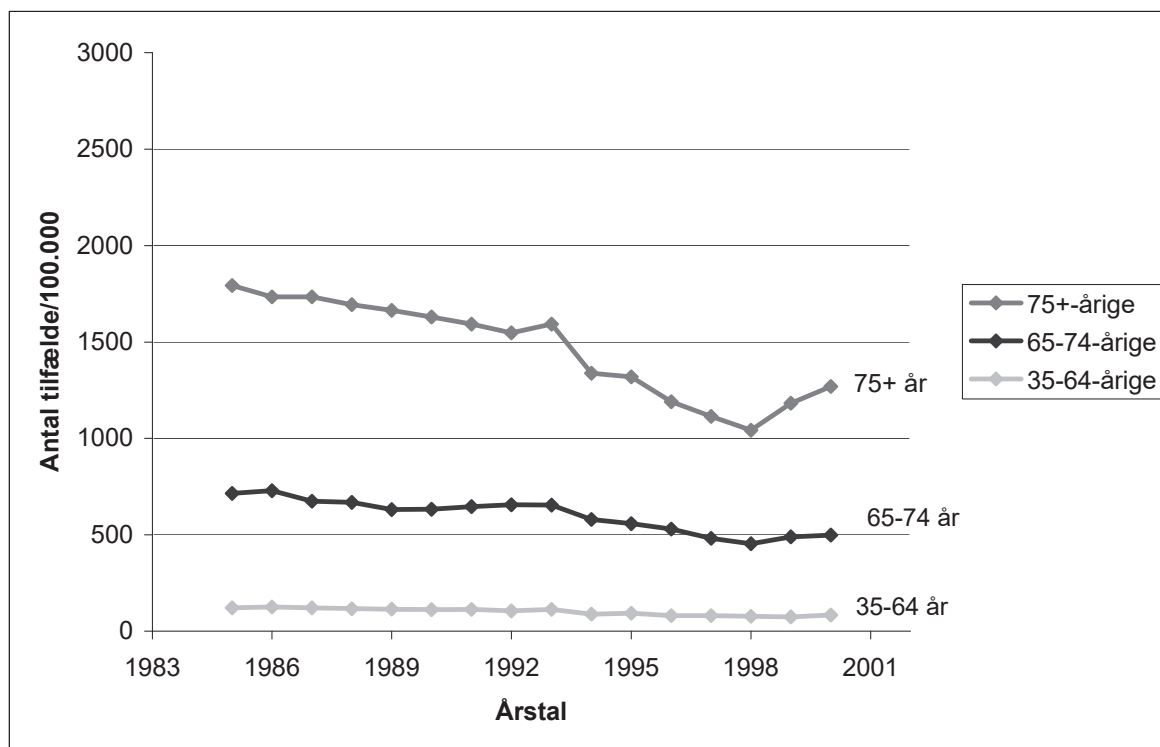
I 1998 var der 5.967 mænd pr. 100.000, der oplevede at få et førstegangstilfælde af AMI. Ligeledes var der 3.690 kvinder pr. 100.000, der oplevede at få AMI for første gang.¹

Figur 4: Aldersspecifik incidensudvikling over AMI for mænd



Kilde: Madsen, M. et al. 2004¹²

Figur 5: Aldersspecifik incidensudvikling over AMI for kvinder



Kilde: Madsen, M. et al. 2004¹²

Ud fra figur 4 og 5 ses, at der i perioden 1985 - 1998 har været et fald i incidensen af AMI for både mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Incidensen er faldet med 5 % om året fra 1990 - 1998. I 1999 og 2000 ses en stigning i incidensen, især blandt de ældste. Faldet i incidensen af AMI i de første år beskrives ligeledes i DANMONICA, hvor incidensen i gennemsnit falder med 5 % pr. år for mænd og med 3,5 % pr. år for kvinder i perioden 1982 til 1991.¹³

Nogle undersøgelser peger på, at faldet i incidens hænger sammen med udviklingen af risikofaktorer for AMI i Danmark,^{14;15} mens et andet studie konkluderer, at udviklingen i udvalgte risikofaktorer ikke kan forklare den faldende incidens for AMI.¹⁶ Ligeledes har et dansk studie vist, at kun 20 % af faldet i mortaliteten af AMI kan forklares ved en ændring i risikofaktorer.¹⁷ Om faldet i incidens skyldes et reel fald i risikofaktorer er således ikke helt entydigt.

Problemer med incidensopgørelser for AMI

Da incidensen baseres på førstegangstilfælde, ekskluderes tilfælde, der før har været indlagt med AMI inden for en given årrække. Man skal dog være opmærksom på, at antallet af eksklusionsår

varierer fra opgørelse til opgørelse, og en undersøgelse viser, at ved kun en 1-års eksklusion overestimeres den reelle incidens med 20 –30 %.¹⁸ I den samme undersøgelse foreslås således en 5-års eksklusion, da 90 % af patienterne vil have fået et tilbagevendende tilfælde inden for de første 5 år. De incidensopgørelser som præsenteres her, benytter en eksklusionsperiode på 7 år, hvilket betyder, at incidensopgørelsen tilnærmelsesvis kun indeholder førstegangstilfælde. Da en ikke uvæsentlig andel af AMI medfører akut død, er sammenkøring med Dødsårsagsregisteret ligeledes nødvendig, hvis den egentlige incidens skal belyses. Dødsfald uden for sygehuset er ligeledes inkluderet i de præsenterede incidenser.

Frem til 1996 steg andelen af 'døde af dårligt definerede tilstande' i Dødsårsagsregisteret, men siden er antallet faldet igen. Antallet med ukendt dødsårsag var således i 2000 nede på ca. 1/3 af antallet i 1996. Det er muligt, at en stor del af disse dødsfald før i tiden blev klassificeret som iskæmisk hjertesygdom. Et stort antal dødsfald med dødsårsagen: "dårligt definerede tilstande" kan skyldes flere faktorer såsom forbedringer i diagnostikteknikker, strengere diagnosekriterier for en given sygdom eller en lav obduktionsrate. Det vil påvirke incidensen, hvis en lille andel klinisk uklare tilfælde, der før blev påvist ved obduktion, forbliver udiagnosticeret.^{13;14} Derfor kan en del af faldet i mortaliteten af iskæmisk hjertesygdom skyldes den øgede andel af dødsfald med ukendt årsag, som måske før i tiden blev klassificeret som dødsfald af iskæmisk hjertesygdom.

Flere faktorer/begivenheder kan have indvirkning på incidensen af AMI. Den trombolytiske behandling er siden 1987 blevet rutine i behandling af AMI. Den trombolytiske behandling kan medføre, at den sædvanlige enzymændring ved AMI ikke forekommer, og da et af WHO's kriterier for diagnosen AMI netop inkluderer en enzymforandring, vil en patient med AMI, der har modtaget trombolytisk behandling ikke nødvendigvis indgå som et klart defineret tilfælde. Dette kan betyde, at incidensopgørelser over AMI efter 1987 underestimeres, da ikke alle tilfælde vil opfylde WHO's kriterier for AMI, og kan derfor være med til at forklare noget af incidensfaldet. En undersøgelse viser yderligere, at faldet i incidens af AMI ikke alene kan tilskrives enten en fødselskohorteffekt såsom ændring af risikofaktorer i bestemte fødselskohorter eller en kalenderårseffekt såsom ændret behandlingsprocedure. Ændringen skal ses som en kombination af disse to effekter.¹⁹

De sidste par års stigning kan være et resultat af flere faktorer.^{12;20;21} Den stigende forekomst af diabetes kan være slået igennem og øge incidensen af AMI. Ligeledes kan indførelsen af DRG-

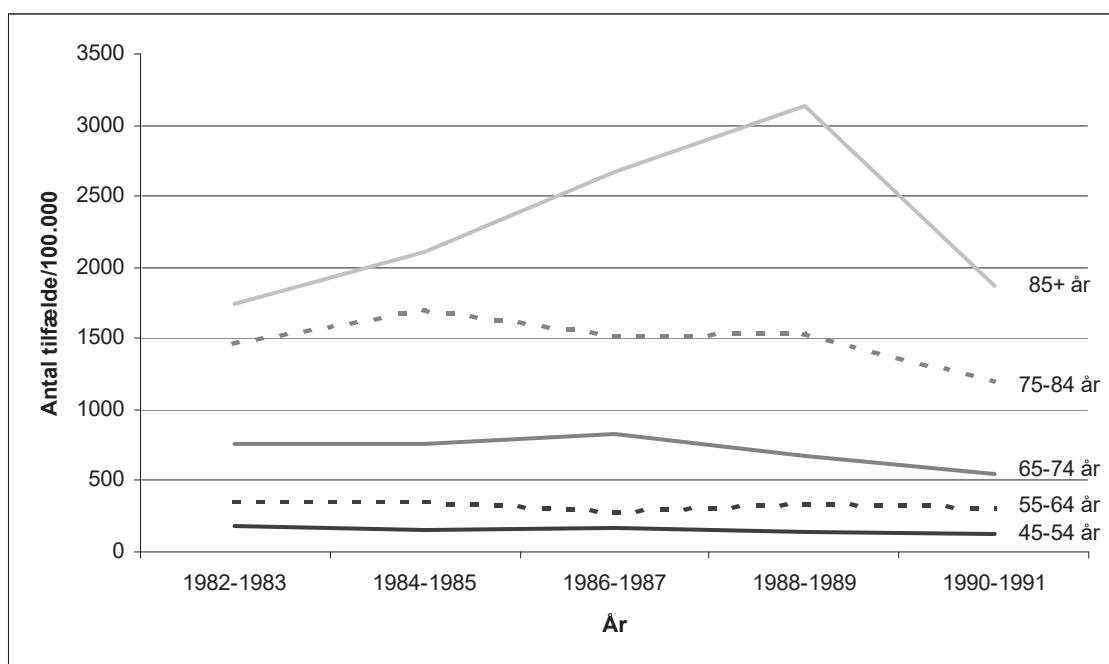
takster i 2000 have medført en øget diagnosticering af AMI grundet et økonomisk incitament. Ændring i diagnosekriterierne ved indførelse af troponin i diagnosen kan øge følsomheden for diagnosen, og hermed ligeledes føre til øget diagnosticering af AMI.

Der er således en del faktorer, der kan få ændringerne i incidens til at virke større eller mindre end de reelt er, og som der skal tages højde for i beskrivelsen af incidensopgørelser for AMI.

Incidensopgørelser af apopleksi

Incidensopgørelser af apopleksi bygger oftest på antal indlæggelser med apopleksi. Idet en stor andel af apopleksitilfælde (ca. 25 %) bliver håndteret i hjemmet, vil en incidensopgørelse baseret kun på indlæggelsesrate være en underestimering af den reelle incidens.²²⁻²⁴

Figur 6: Aldersspecifik incidensudvikling over apopleksi for mænd

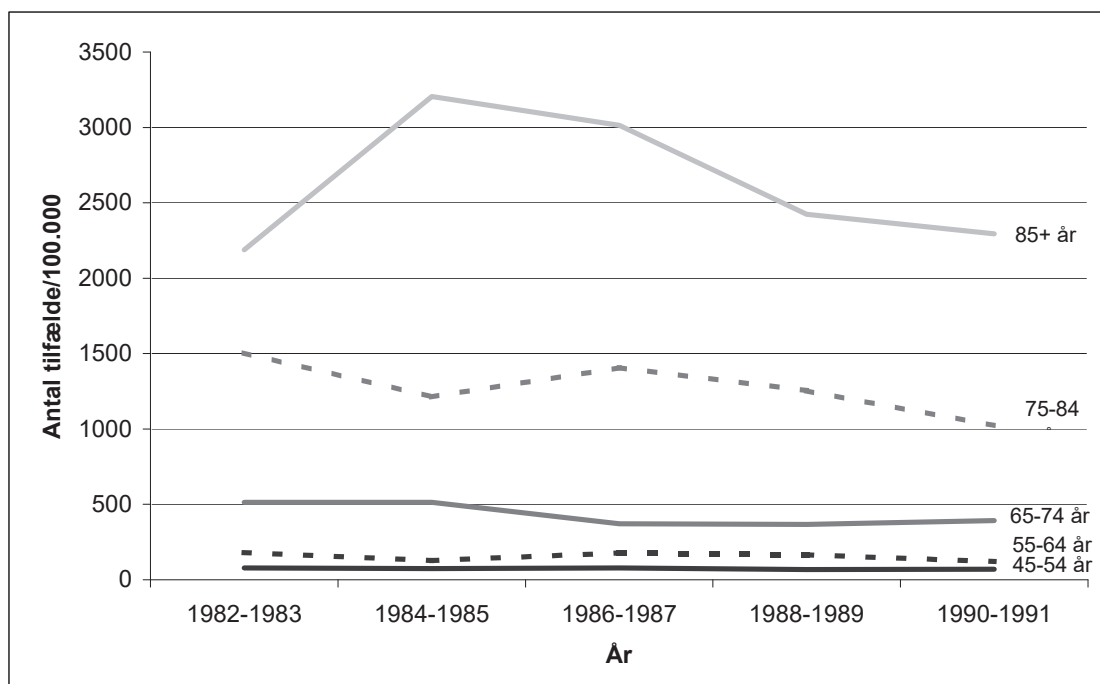


Kilde: Thorvaldsen, P. et al. 1999.²⁵

Incidensen bygger på tal fra MONICA-studierne*

* MONICA (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease).

Figur 7: Aldersspecifik incidensudvikling over apopleksi for kvinder



Kilde: Thorvaldsen, P. et al. 1999.²⁵
Incidensen bygger på tal fra MONICA-studierne*

Incidensen for apopleksi falder både for mænd og kvinder i alle aldersgrupper undtagen for den ældste aldersgruppe; de 85+-årige. Incidensen for mænd i denne aldersgruppe stiger indtil perioden 1988-1989, hvorefter incidensen falder. Samme mønster ses for kvinderne, dog begynder incidensen allerede at falde efter perioden 1984-1985. Ligeledes ses ud fra figur 6 og 7, at incidensen for apopleksi stiger med alderen.

Disse incidensopgørelser viser et fald i incidensen, men andre studier viser en stigning,^{26;27} og et studie viser ingen ændring.²⁴ Incidensopgørelser over apopleksi viser således ikke entydigt et fald eller en stigning af apopleksitilfælde over tid. Der er forskellige forklaringer på henholdsvis et fald og en stigning i incidens.

Problemer med incidensopgørelser for apopleksi

Et fald i incidensen af apopleksi kan skyldes bedre hypertensionskontrol efter mere monitorering af blodtryk samt efter indførelse af antihypertensiv behandling i 1970'erne.^{24;25} En stigning i incidensen af apopleksi kan forklare ud fra en øget overlevelse af hjertesygdomme pga. bedre medicinsk behandling, da risikoen for at udvikle apopleksi er høj, når patienten allerede har en hjertesygdom.²⁶

Antallet af CT-scanninger er steget gennem de sidste år. Antallet af apopleksitilfælde fundet ved CT-scanning er f.eks. steget fra 25 % til 46 % i løbet af DANMONICA's studieperiode.²⁵ Hvordan et øget antal af CT-scanninger påvirker incidensen, er uafklaret. Det kan bevirke, at nogle med symptomer på apopleksi ikke får diagnosen, da CT-scanningen afkræfter apopleksi, og hermed resulterer i et fald i incidensen af apopleksi, eller det kan bevirke, at der bliver diagnosticeret flere tilfælde efter indførelse af CT-scanning, hvilket resulterer i en øgning i incidensen. Hvis de samme kliniske kriterier for diagnosen apopleksi bliver brugt gennem hele den givne studieperiode, vil øget brug af CT-scanning dog ikke nødvendigvis påvirke incidensen.^{23;25}

Validitet af diagnoserne AMI og apopleksi

En belysning af validiteten af diagnoserne AMI og apopleksi i LPR og Dødsårsagsregisteret vil være relevant for at kunne redegøre for incidensopgørelsernes validitet.

Validiteten af diagnosen AMI i LPR, Dødsårsagsregisteret og Det Nationale Hjerteregister (en sammenkobling af de to førnævnte registre) er undersøgt, hvor DANMONICA er anvendt som 'golden standard'. Der er generelt fundet god overensstemmelse med forholdsvis høje sensitive og prædiktive værdier. En høj prædiktiv værdi opnås, hvis en stor andel af det totale tilfælde registreret i det undersøgte register er i overensstemmelse med 'golden standard'. Hvis denne værdi overstiger den sensitive værdi, der beskriver, hvor mange tilfælde der i det undersøgte register reelt er et tilfælde, medfører det en underestimering af tilfælde. Hvis den sensitive værdi derimod overstiger den prædiktive værdi medfører det en overestimering.

I det følgende refereres resultater for det kombinerede hjerteregister, som er det, der danner basis for incidensberegningerne. Hvis AMI defineres som indlæggelse med AMI som primær eller sekundær diagnose eller tilgrundliggende eller medvirkende dødsårsag er sensitiviteten 95,7 %, når man kun ser på tilfælde med sikkert AMI ifølge MONICA-studiet. Hvis man i MONICA-studiet inkluderer tilfælde med muligt AMI falder sensitiviteten til 80,2 %. Den tilsvarende prædiktive værdi er 92,4 %. En snævrere definition øger den prædiktive værdi og mindsker sensitiviteten. Omvendt vil en bredere definition mindske den prædiktive værdi og øge sensitiviteten.⁶

Validiteten af diagnosen apopleksi i LPR er undersøgt. Diagnosen i LPR er sammenholdt med en journalgennemgang foretaget af en læge, og der er fundet prædiktive værdier for undergrupper af

apopleksi. De prædiktive værdier svinger fra 48,3 % for intracerebral haemorrhagie og subaracnoidal haemorrhagie og SAH til 87,7 % for iskæmisk apopleksi og uspecificeret apopleksi. Grundet disse lave til moderate værdier skal diagnosen af apopleksi i LPR bruges varsomt i registerbaserede opgørelser.²⁸

Referencer

1. Hjerteforeningen and Statens Institut for Folkesundhed. Hjertestatistik 2000-2001. Madsen, M. and Videbæk, J. 2004.
2. Kjølner, M., Rasmussen N.Kr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. 2002
3. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation* 1994;90:583-612.
4. Van de WF, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur.Heart J* 2003;24:28-66.
5. Myocardial infarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Eur.Heart J* 2000;21:1502-13.
6. Madsen M, Davidsen M, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Osler M. The validity of the diagnosis of acute myocardial infarction in routine statistics: a comparison of mortality and hospital discharge data with the Danish MONICA registry. *J Clin.Epidemiol.* 2003;56:124-30.
7. Madsen M, Rasmussen S, Juel K. Akut myokardieinfarkt i Danmark. Udvikling i incidens og prognose gennem 20 år. *Ugeskr.Laeger.* 2000;162:5918-23.
8. Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke.* 1990;21:637-76.
9. Rasmussen, NK, Groth, MV, Bredkjær, SR, Madsen, M, and Kamper-Jørgensen, F. Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. DIKE. 1988. København.
10. Kjølner, M, Rasmussen, NK, Keiding, L, Petersen, HC, and Nielsen, GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987: rapport fra DIKEs repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. 1995. København, Dike.

11. Sorensen PS, Boysen G, Jensen G, Schnohr P. Prevalence of stroke in a district of Copenhagen. *Acta neurol.scandinav.* 1982;66:68-81.
12. Madsen M, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Kjoller M, Jorgensen T. Hjertesygdom i Danmark. Sygdomsforekomst, risikofaktorer og behandling. *Ugeskr.Laeger.* 2004;166:1320-7.
13. Kirchhoff M, Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Hansen B, Schnack H, Eriksen LS et al. Incidence of myocardial infarction in the Danish MONICA population 1982-1991. *Int J Epidemiol.* 1999;28:211-8.
14. Osler M, Sorensen TI, Sorensen S, Rostgaard K, Jensen G, Iversen L et al. Trends in mortality, incidence and case fatality of ischaemic heart disease in Denmark, 1982-1992. *Int J Epidemiol.* 1996;25:1154-61.
15. Hildebrandt P, Jensen G, Kober L, Torp-Pedersen C, Joen T, Ege M et al. Myocardial infarction 1979-1988 in Denmark: secular trends in age-related incidence, in-hospital mortality and complications. *Eur.Heart J.* 1994;15:877-81.
16. Gerdes LU, Bronnum-Hansen H, Madsen M, Borch-Johnsen K, Jorgensen T, Sjol A et al. Monica-population 1982-1992. *Ugeskr.Laeger.* 2001;163:6417-20.
17. Bronnum-Hansen, H. Public health models - tools for health policy making at national and European level (comparing prevent 2.1 simulations with other methods of risk factors modelling). 89-100. 1999.
18. Osler M, Rostgaard K, Sorensen TI, Madsen M. The effect of recurrent events on register-based estimates of level and trends in incidence of acute myocardial infarction. *J Clin.Epidemiol.* 1999;52:595-600.
19. Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Jorgensen T, Madsen M, Gerdes LU, Osler M et al. Trends in incidence, case-fatality and recurrence of myocardial infarction in the Danish MONICA population 1982-1991. *Eur.J Epidemiol.* 2001;17:1139-45.
20. Abildstrom SZ, Rasmussen S, Madsen M. Stigende hospitaliseringsrate og bedre overlevelse efter akut myokardieinfarkt. *Ugeskr.Laeger.* 2004;166:380-2.
21. Abildstrom SZ, Rasmussen S, Madsen M. Significant decline in case fatality after acute myocardial infarction in Denmark--a population-based study from 1994 to 2001. *Scand Cardiovasc.J* 2002;36:287-91.
22. Boysen G, Nyboe J, Appleyard M, Sorensen PS, Boas J, Somnier F et al. Stroke incidence and risk factors for stroke in Copenhagen, Denmark. *Stroke* 1988;19:1345-53.
23. Lindenstrom E, Boysen G, Nyboe J, Appleyard M. Stroke incidence in Copenhagen, 1976-1988. *Stroke* 1992;23:28-32.
24. Truelsen T, Prescott E, Gronbaek M, Schnohr P, Boysen G. Trends in stroke incidence. The Copenhagen City Heart Study. *Stroke* 1997;28:1903-7.

25. Thorvaldsen P, Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Schroll M. Stable stroke occurrence despite incidence reduction in an aging population: stroke trends in the Danish monitoring trends and determinants in cardiovascular disease (MONICA) population. *Stroke* 1999;30:2529-34.
26. Jorgensen HS, Plesner AM, Hubbe P, Larsen K. Marked increase of stroke incidence in men between 1972 and 1990 in Frederiksberg, Denmark. *Stroke*. 1992;23:1701-4.
27. Lidegaard O, Soe M, Andersen MV. Cerebral thromboembolism among young women and men in Denmark 1977-1982. *Stroke* 1986;17:670-5.
28. Johnsen SP, Overvad K, Sorensen HT, Tjonneland A, Husted SE. Predictive value of stroke and transient ischemic attack discharge diagnoses in The Danish National Registry of Patients. *J.Clin.Epidemiol.* 2002;55:602-7.

Type 2-diabetes - af Karina Christensen

Type 2-diabetes	22
Prævalens	22
Registerstudier	22
Figur 1: Prævalens af type 2-diabetes i Vejle 1997 fordelt på aldersgrupper og køn.....	24
Populationsstudier.....	25
Tabel 1: Oversigtsskema over kendt og estimeret prævalens af type 2-diabetes i forskellige studier.....	26
Incidens	27
Metodeovervejelser	27
Referencer	29

Type 2-diabetes

Type 2-diabetes, også kaldet sukkersyge, skyldes nedsat følsomhed for insulin i cellerne kombineret med en relativt nedsat insulinproduktion i bugspytkirtlen. Type 1-diabetes, som også kaldes for insulinkrævende diabetes, skyldes derimod udelukkende en fremadskridende ødelæggelse af de insulinproducerende celler i bugspytkirtlen. Denne type diabetes behandles med daglig tilførsel af insulin, der sprøjtes ind i underhuden. Svær type 2-diabetes kan være insulinkrævende. Begge former for sukkersyge er kroniske og fører ubehandlet til, at blodsukkeret er forhøjet og har en række følgesygdomme så som diabetisk øjensygdom, nyresygdom, nervesygdom og øget åreforkalkning.¹

Ved hjælp af en oral glukosetoleranstest (OGTT) kan nedsat sukkerfølsomhed registreres.² WHO anbefaler, at normal glukosetolerance defineres som et fasteglukose under 6,1 mmol/l og plasma glukose under 7,8 mmol/l målt to timer efter, at en person har indtaget en sukkeropløsning (OGTT).³ Type 2-diabetes kan ved oralglukosetolerancetest påvises i et latent stadium 5 – 11 år tidligere end det tidspunkt, hvor sygdommen typisk diagnosticeres ud fra symptomer.⁴ På diagnosetidspunktet har halvdelen af type 2-diabetikerne mindst én diabetisk følgesygdom. Det ses som et udtryk for, at sygdommen har bestået i flere år.⁵

Type 2-diabetes rammer sjældent børn i den vestlige verden. I den følgende opgørelse inkluderes børn generelt ikke.

Prævalens

Registerstudier

Det er vanskeligt at opgøre antallet af type 2-diabetikere i Danmark, idet det skønnes, at ca. halvdelen af alle tilfældene er uerkendte.^{4,6} I Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Handlingsplan om diabetes” skønnes den samlede prævalens af erkendt type 2-diabetes at være 1 – 2 % for de 40 – 50-årige og 15 % for personer over 75 år.⁶

Antallet af diagnosticerede diabetespatienter (både type 1 og type 2) er blevet opgjort på baggrund af Landpatientregisteret (LPR) og Sygesikringsregisteret (SSR) til at være 98.878 pr. 31.12.1996. Heraf er 903 børn i alderen 0 – 15 år. LPR er forsynet med sygdomsspecifikke diagnoser, mens der

i SSR findes ydelses- og specialenumre, der alene vedrører behandling for diabetikere. Godt 40 % af diabetespatienterne blev identificeret i såvel SSR som LPR, mens ca. en tredjedel kun fandtes i LPR, og ca. en fjerdedel udelukkende blev identificeret via SSR. For begge køn gælder det, at der indtil 40-årsalderen er en jævn stigning i antallet af diabetespatienter til ca. 12 tilfælde pr. 1000 indbyggere. Herefter stiger prævalensen markant med alderen – hurtigere for mænd end for kvinder. For mænd er prævalensen for de 80-årige ca. 75 tilfælde pr. 1000 indbyggere, og for de 80-årige kvinder er prævalensen ca. 70 tilfælde pr. 1000 indbyggere.⁷

I slutningen af 1999 blev antallet af diagnosticerede type 1- og type 2-diabetikere ved en anden metode opgjort til at være ca. 130.000. Opgørelsen bygger på LPR, hvor tilfælde identificeredes, hvis de havde fået stillet en diabetesdiagnose eller havde fået en diabetesrelateret behandling dvs. ”fodterapi for sukkersyge”. Ligeledes inkluderedes alle, der i SSR var registreret for et vist antal blodsuktermålinger i løbet af 1999 og alle, som ifølge Lægemedelstyrelsens Lægemedelstatistikregister (LSR) havde indløst mindst en recept på antidiabetika indenfor det sidste år inden opgørelsestidspunktet.^{8;9} I denne opgørelse er der 14.747 personer, som udelukkende er blevet opsporet via LSR. Det bør derfor undersøges, hvad det er for en gruppe personer, der altså hverken er fundet i LPR eller SSR.⁸

I et registerstudie blev prævalensen af diabetikere i medicinsk behandling fra 1993 – 1999 opgjort på baggrund af Odense Farmakologiske Database, som indeholder oplysninger om Fyns befolknings medicinforbrug. Datamaterialet bygger på alle Fyns beboere dvs. i alt ca. 470.000 personer fra 1. januar 1992 til 31. december 1999. Prævalensopgørelserne baseres på oplysninger om indløste recepter på medicin mod diabetes (både insulin og oral antidiabetika) og viser, at prævalensen steg for aldersgruppen på 40 år og derover. Stigningen tilskrives til dels en faldende mortalitet for diabetikere. Den faldende mortalitet kan skyldes en tidligere diagnosticering af diabetikerne – og er altså ikke nødvendigvis udtryk for, at incidensen som sådan er stigende.

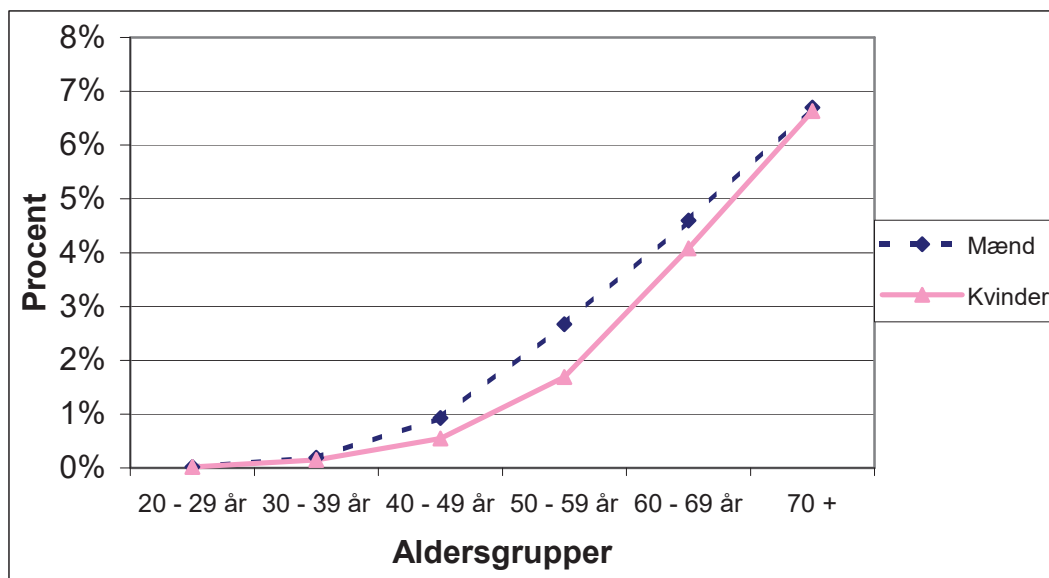
For begge køn gælder, at prævalensen for de 15 – 39-årige ligger stabilt på 4 tilfælde pr. 1000. For kvinder i 40 – 64-årsalderen stiger prævalensen fra 12 til 17 tilfælde pr. 1000, og for gruppen på 65 år og derover stiger prævalensen fra 42 til den øvre grænse på 48 tilfælde pr. 1000. For mænd i aldersgruppen 40 – 64 år stiger prævalensen fra 18 til 24 tilfælde pr. 1000, og for aldersgruppen på 65 år og derover stiger prævalensen fra 45 til den øvre grænse på 55 tilfælde pr. 1000.¹⁰

Studiet præsenterer ikke det samlede antal diagnosticerede diabetikere, idet det ikke inkluderer alle dem, der har fået konstateret diabetes, men som ikke får antidiabetika. Der er i studiet ikke skelnet mellem de forskellige typer af diabetes.

I et studie fra Vejle¹¹ var formålet at identificere alle personer med kendt type 2-diabetes i 1997. Data blev indsamlet fra tre forskellige registre; det lokale hospitalsregister, SSR og den regionale klinisk-biokemiske database og herefter blev oplysninger om de identificerede personer sendt til deres praktiserende læger for at blive verificeret. Patienter, der udelukkende blev behandlet med livsstilsintervention, med antidiabetiske tabletter eller som på diagnosetidspunktet var over 40 år blev klassificeret som type 2-diabetikere.

Studiepopulationen inkluderede 303.250 personer, og der blev identificeret 4.438 personer med kendt type 2-diabetes. Det svarer til en prævalens på 1,46 % (95 % CI 1,42 – 1,51). Prævalensen steg med stigende alder, og således var den højeste prævalens 6,66 % for aldersgruppen over 70 år. Gennemsnitsalderen for type 2-diabetespatienterne var 67 år med et spænd fra 29 – 99 år. 49 % af type 2-diabetikerne var mænd. Figur 1 viser den køns- og aldersstandardiserede prævalens af type 2-diabetes i Vejle.

Figur 1: Prævalens af type 2-diabetes i Vejle 1997 fordelt på aldersgrupper og køn



Kilde: Kristensen, 2000¹¹

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Handlingsplan om diabetes” skønnes det, at der i Danmark er 100.000 – 150.000 patienter med diagnosticeret type 2-diabetes, og at et tilsvarende antal har type 2-diabetes uden at vide det.^{4;6}

I en klaringsrapport fra 2000 skønnes prævalensen i år 2010 at være mellem 4 og 5 %.⁵

Populationsstudier

I et dansk studie kaldet ”Inter99”, blev et tilfældigt udsnit af normalbefolkningen testet for diabetes. Dette skete ud fra oral glukosetoleranstest (OGTT) og fasteglukose. Data blev indsamlet fra marts 1999 til januar 2001, og det blev herefter estimeret, at der i Danmark ville være 122.000 individer i aldersgruppen 30 – 60 år med diabetes i 2002. Da den ældste del af befolkningen ikke indgår i dette studie, er hovedparten af type 2-diabetikerne ikke medtaget. Studiet viste, at 66 % af dem, der blev testet positiv for diabetes, ikke havde fået stillet diagnosen i forvejen. Resultatet bygger på blodprøver fra 6.784 personer mellem 30 og 60 år.

På baggrund af de køns- og aldersspecifikke prævalenser, der var fundet i ”Inter99” samt tal fra Danmarks Statistik blev det estimeret, at der blandt de 30 til 80-årige i Danmark ville være 225.000 (95 % CI 157.000 - 320.000) personer med diabetes i år 2000. I dette studie var prævalensen for den ældste del af befolkningen ikke kendt, og derfor blev den aldersspecifikke prævalens for de 60-årige anvendt til at estimere prævalensen for populationen 60 – 80 år, velvidende at det ville give et konservativt estimat, idet det i litteraturen er velkendt, at prævalensen af diabetes er højere for aldersgruppen over 60 år sammenlignet med gruppen under 60 år.^{12;13}

For at give et overblik over de forskellige prævalenser for type 2-diabetes er de hidtil nævnte studier sat ind i tabel 1.

Tabel 1: Oversigtsskema over kendt og estimeret prævalens af type 2-diabetes i forskellige studier.

	Dato	Prævalens af type 2-diabetes			Population	Kommentarer	
		- kendt		- estimeret			
Registerstudier LPR og SSR ⁷	31.12.1996	98.878 personer			Indb. i Danmark	Både type 1- og type 2-diabetikere	
		Alder	Prævalens pr. 1000				
			Mænd	Kvinder			
		Til 40 år	ca. 12	ca. 12			
	60 år	ca. 48	ca. 34				
	80 år	ca. 75	ca. 70				
LPR, SSR og LSR ⁸	31.12.1999	ca. 130.000 personer			Indb. i Danmark	Både type 1- og type 2-diabetikere	
Odense Farmakologiske Database ¹⁰	1.1.1992 - 31.12.1999	Alder	Prævalens pr. 1000		Fyns indb. ca. 470.000 personer	Diabetikere, der alene behandles med livsstils-intervention, er ikke medtaget.	
			Mænd	Kvinder			
		15 - 39 år	4	4			
		40 - 64 år	18 →* 24	12 → 17			
	65 +	45 → 55	42 → 48				
Praktiserende læger, SSR, det lokale hospitalsregister og den regionale biokemiske database ¹¹	1997	4.438 personer, svarende til en prævalens på 1,46 % (95 % CI 1,42 - 1,51)			303.205 personer i Vejle		
		Alder	Prævalens i %				
			Mænd	Kvinder			
		20 - 29 år	0,02 %	0,02 %			
		30 - 39 år	0,19 %	0,15 %			
		40 - 49 år	0,93 %	0,55 %			
		50 - 59 år	2,67 %	1,69 %			
		60 - 69 år	4,60 %	4,08 %			
	70 +	6,70 %	6,63 %				
Populationsstudier "Inter99 studiet" ¹²	03.1999 - 12.2001				122.000 personer i år 2002	Blodprøver fra 6784 personer 30 - 60 år i Danmark	66 % af dem, der blev testet positiv for diabetes, havde ikke fået stillet diagnosen i forvejen.

* → angiver stigning over perioden

Incidens

Incidensen af diabetes stiger med alderen fra 40-årsalderen og toppe ved 70 – 75-årsalderen.⁵ På diagnosetidspunktet er gennemsnitsalderen 60 – 65 år, men da der ses en stigning i forekomsten hos de 20 – 30-årige, forventes gennemsnitsalderen for nydiagnosticerede diabetikere at falde.⁶

Egentlige incidensopgørelser for diabetikere findes kun i Odense Farmakologiske Database, som har opgjort antallet af diabetikere i medicinsk behandling fra 1993 til 1999. I opgørelsen er incidensen estimeret ud fra antallet af personer, der i begyndelsen af et år ikke havde indløst en recept, men som påbegyndte en diabetesbehandling i løbet af året – dvs. indløste en recept på antidiabetika (insulin eller oral antidiabetika). Der er i opgørelsen ikke skelnet mellem type 1-diabetes og type 2-diabetes.

Af resultaterne ses, at incidenserne ikke viser noget systematisk mønster. De følgende incidenstal er aflæst fra grafer. Incidenserne svinger for kvinder i 15 – 39-, 40 – 64- og >65-årsalderen fra 4 – 7 tilfælde pr. 1000 person-år over 19 – 23 tilfælde pr. 1000 person-år til 6 tilfælde pr. 1000 person-år. For mændene svinger incidenserne i aldersgruppen 15 – 39-årige, 40 – 64-årige og >65 år fra 5 – 7 tilfælde pr. 1000 person-år over 35 – 41 tilfælde pr. 1000 person-år til 7 – 8 tilfælde pr. 1000 person-år. Af tallene ses, at incidenstallene for mændene er væsentlig højere end incidenstallene for kvinderne for aldergruppen 40 – 64 år.

Studiets resultater viser desuden, at mortaliteten falder – også mere end den generelt faldende mortalitet i baggrundsbefolkningen.¹⁰ Den faldende mortalitetsrate kan skyldes tidligere diagnosticering og behandling af diabetikere end førhen.¹⁴ Der sås en stigning i incidensen, der udelukkende kan tilskrives en stigning i oral antidiabetika, når incidenstallene blev opgjort separat for hhv. insulin og oral antidiabetika.

Det er dog svært ud fra dette studie at sige noget om, hvorvidt incidensen af type 2-diabetes stiger, idet diabetikere, der udelukkende behandles med livsstilsintervention, ikke er inddraget.

Metodeovervejelser

I det følgende gennemgås nogle forhold, som man skal være opmærksom på i forbindelse med brug af forskellige metoder og registre til prævalens- og incidensopgørelser for type 2-diabetes. Den reelle prævalens for type 2-diabetes fås kun i populationsstudier, hvor nedsat sukkerfølsomhed registreres vha. oral glukosetoleranstest (OGTT), og hvor den orale glukosetoleranstest gentages på to separate dage, idet en enkelt OGTT ikke er tilstrækkeligt til at stille den kliniske diagnose.¹³

Datakvaliteten i LPR mht. diagnosticering af diabetes er blevet evalueret i en undersøgelse af udskrivninger fra somatiske afdelinger i Nordjyllands Amt. Undersøgelsen viste, at validitet og specificitet af oplysningerne i LPR ang. diagnosticeret diabetes er af tilfredsstillende karakter, specielt når det drejer sig om insulinkrævende diabetes. Sammenlignet med Lægemiddelstatistikregisteret i Nordjyllands Amt har diabetesdiagnose i LPR både en positiv prediktiv værdi og en sensitivitet på over 90 %.^{7;15}

Når incidenstal bygger på en patients behandlingsstatus i løbet af en vis periode, som det er tilfældet med opgørelsen fra Odense Farmakologiske Database, kan incidenserne blive lidt for høje, da samme person kan blive talt med flere gange, hvis vedkommende ikke opfylder kriteriet for at blive talt med i én periode, men optræder i andre.¹⁰ Da diabetes er en kronisk sygdom, er det nødvendigt for at opnå en præcis prævalens- eller incidensopgørelse, at personer, der er talt med som case en gang, udgår af opgørelserne fremover. Når antallet af diabetikere opgøres ud fra behandlingsmiddel, skal man yderligere være opmærksom på, at nogle diagnosticerede diabetikere ikke behandles farmakologisk, men f.eks. udelukkende via kostprogrammer.

Omfanget af den livsstilsmodificerende behandling er blevet opgjort i det tidligere nævnte studie fra Vejle, hvor 4.438 personer med kendt type 2-diabetes blev identificeret ud af en studiepopulation på 303.250 personer. Det viste sig, at 29 % af tilfældene med type 2-diabetes alene blev behandlet kostmæssigt, 14 % af tilfældene udelukkende blev behandlet med insulin, 54 % udelukkende med orale antidiabetika, mens de resterende 3 % både blev behandlet med insulin og oral antidiabetika.¹¹

I prævalens- og incidensopgørelser over type 2-diabetes skal det overvejes hvilket tidsvindue, der benyttes til registrering af cases. Da hyppigheden af kontakter til sundhedsvæsenet varierer fra år til år, vil resultatet afhænge af længden af den forudgående tid, som er anvendt til at identificere diabetespatienterne. For at kunne sammenligne flere prævalensopgørelser skal der være anvendt lige lange forudgående tidsperioder til at identificere diabetespatienterne. Med en for kort tidsperiode vil prævalensen underestimeres. Hvis underestimeringen er den samme gennem hele tidsperioden vil det dog være muligt at sige noget om tendensen i prævalens- og incidensudviklingen. Jo længere tid et register har eksisteret, des mindre bliver problemet, og ligeledes bliver omfanget af problemet formodentlig mindre, når der bruges flere kilder.^{10;16}

Ud over de nævnte registerbaserede opgørelser, er der også foreslået mere matematiske modeller til at udregne incidensen af diabetes. Dette gøres ud fra den teoretiske viden, at sammenhængen mellem incidens, prævalens og mortalitet altid optræder i samme rækkefølge. Ved at sammenligne prævalensen for diabetes og mortaliteten for diabetikere med mortaliteten for ikke-diabetikere kan incidensen for diabetes således estimeres, og således er en diabetesrelateret mortalitetsrate med relative risici for mortalitet for diabetes konstrueret. Ved at bruge en sådan matematisk model vil ændringer i incidensen først komme til udtryk efter adskillige år, idet det vil vare længe inden prævalensen er ændret. Da estimatet af incidensen er baseret på prævalensen kan estimatet afvige fra "her og nu incidensen".¹⁷ Endelig skal man være opmærksom på, om ændringer i incidens, prævalens og mortalitetsrater kan skyldes en tidligere diagnosticering end førhen.

Referencer

1. www.netdoktor.dk. 2004.
2. Jorgensen T, Glumer C, Borch-Johnsen K. Screening og intervention. En strategi ved type 2-diabetes?. *Ugeskr.Laeger*. 2002;**164**:2135-9.
3. Report of a WHO Consultation. Definition, Diagnosis and Classification and Diabetes Mellitus and its Complications. World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 1999. Geneva.
4. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. 5(1). 2003. København, Sundhedsstyrelsen.
5. Beck-Nielsen, H., Henriksen, J. E., Hermansen, K., Madsen, L. D, Olivarius, NdF., Mandrup-Poulsen, T. R., Pedersen, O. B., Richelsen, B., and Schmitz, O. E. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling. 2000. Dansk Selskab for Intern Medicin, Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin. Klaringsrapport.
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Handlingsplan om diabetes. 2003.
7. Frederiksen, K. Diabetes i Danmark - hvad siger Sundhedsstyrelsens registre? 2(3), 10-18. 1998. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.
8. Steding-Jessen, M. Diabetes i Danmark: Metodeudvikling til en registerbaseret vurdering af diabetesforekomst. 5(8), 1-9. 2001. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

9. Drivsholm TB, Frederiksen K, de Fine ON, Odegaard B, Kristensen JK. Forekomsten af diabetes i Danmark. Metodeudvikling til en registerbaseret vurdering. *Ugeskr.Laeger*. 2003;**165**:2887-91.
10. Stovring H, Andersen M, Beck-Nielsen H, Green A, Vach W. Rising prevalence of diabetes: evidence from a Danish pharmaco-epidemiological database. *Lancet*. 2003;**362**:537-8.
11. Kristensen JK. Identification of the Type 2 diabetes population in a Danish county and evaluation of the performed care in a five-year period. Department of General Practice, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, 2000.
12. Glümer C, Jorgensen T, Borch-Johnsen K. Prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in a Danish population: the Inter99 study. *Diabetes Care* 2003;**26**:2335-40.
13. Glümer C. Screening for Type 2 Diabetes, Dia- Risk. Steno Diabetes Center, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 2004.
14. Gale EA. Is there really an epidemic of type 2 diabetes? *Lancet*. 2003;**362**:503-4.
15. Nielsen GL, Sorensen HT, Pedersen AB, Sabroe S. Analyses of data quality in registries concerning diabetes mellitus--a comparison between a population based hospital discharge and an insulin prescription registry. *J Med.Syst*. 1996;**20**:1-10.
16. Stovring H. Forekomsten af diabetes i Danmark. Metodeudvikling til en registerbaseret vurdering. Debat. *Ugeskr.Laeger*. 2003;**165**:4873-4.
17. Barendregt JJ, Baan CA, Bonneux L. An indirect estimate of the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Epidemiology* 2000;**11**:274-9.

Osteoporose - af Karina Christensen

Osteoporose	32
Prævalens.....	32
Figur 1: Prævalens af hoftebrud i 1995 fordelt på køn og alder.	33
Figur 2: Antal hoftefrakturer (prævalens) opgjort fra 1977 – 1995.....	33
Incidens	34
Registerstudier	34
Figur 3: Hoftefrakturer – aldersjusterede incidenser fordelt på køn fra 1973 – 1979.	35
Figur 4: Incidenser for hoftebrud for begge køn fra 1977 – 1995.	36
Figur 5: Hoftebrud, køns- og aldersspecifikke incidensrater pr. 1.000 i 1997.	37
Incidensudviklingen i Malmø	37
Figur 6: Hoftebrud for mænd i Malmø fordelt på alder i perioder fra 1950 – 1995.....	38
Figur 7: Hoftebrud for kvinder i Malmø fordelt på alder i perioder fra 1950 – 1995.....	38
Figur 8: Hoftebrud for mænd i Malmø fordelt på aldersgruppen >50 år og >80 år i perioder fra 1950 – 1995.	39
Figur 9: Hoftebrud for kvinder i Malmø fordelt på aldersgruppen >50 år og >80 år i perioder fra 1950 – 1995.	39
Metode til opgørelse af incidensen for osteoporose	40
Referencer.....	40

Osteoporose

Osteoporose eller knogleskørhed kan defineres som en tilstand, hvor knoglemassen og -styrken er reduceret i en sådan grad, at der kan opstå knoglebrud ved beskedne belastninger.^{1;2} Knoglernes mineraltæthed er den væsentligste determinant for brudstyrken.

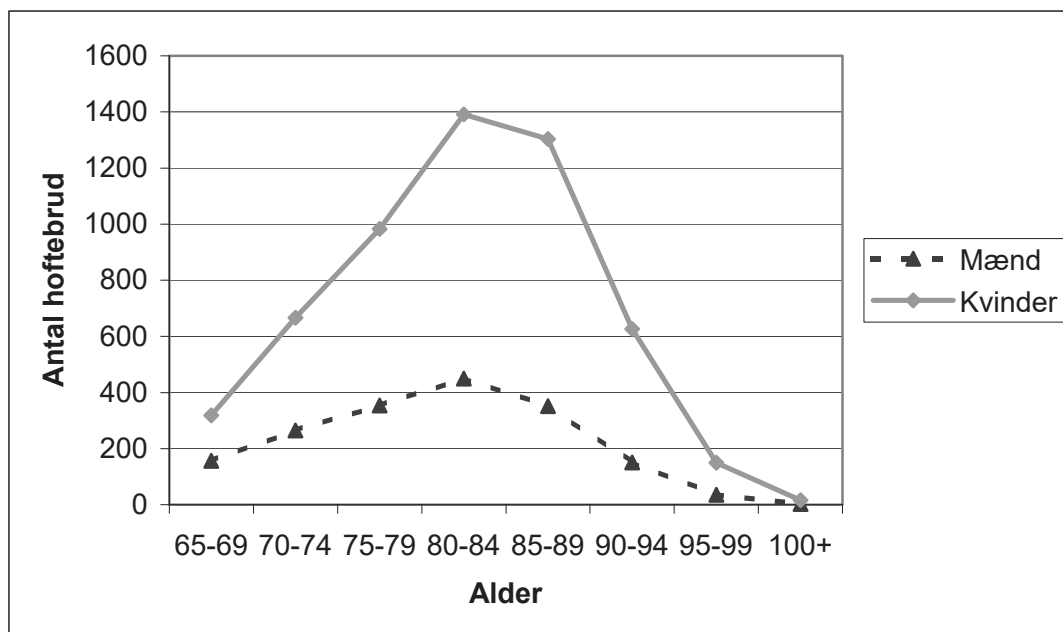
Osteoporose er symptomfri indtil det første knoglebrud indfinder sig.³ De tre hyppigste osteoporoserelaterede frakturer er håndledsnære frakturer, rygsammenfald og hoftefrakturer.⁴ Knoglebrud skyldes ikke altid osteoporose, men da brudstyrken er nedsat ved osteoporose, kan brud opstå ved selv små belastninger – de såkaldte lav-energifrakturer.

Prævalens

Der findes ingen opgørelse med præcise tal over, hvor mange der har osteoporose i Danmark, men på basis af udenlandske undersøgelser skønnes det, at ca. 300.000 personer har osteoporose i Danmark.³ I det følgende vil der blive fokuseret på hoftebrud, der er den klinisk mest markante manifestation af osteoporose. Forekomsten af hoftebrud i Danmark er betydelig større for kvinder end for mænd.¹

I Danmark er antallet af hoftebrud blevet opgjort for 1995 ud fra Landspatientregisteret (LPR) for personer på 65 år og derover. Tilfælde af hoftebrud er fundet ved samkørsel af diagnoseoplysninger og operationsoplysninger og er fordelt på køn og alder. Da en stor del af hoftebrudspatientgruppen overflyttes til genoptræning på en anden afdeling, vil resultatet være behæftet med betydelige fejl, hvis det alene baseres på relevante udskrivelsesdiagnoser. Det vil ligeledes være fejlagtigt udelukkende at basere resultatet på relevante operationskoder, idet de også relaterer sig til andet end hoftebrud. Ved at kræve, at der både skal være en relevant operationskode og en relevant diagnosekode, før et tilfælde tælles med som hoftebrud, undgås at medregne tilfælde, hvor operationskoden f.eks. afslører, at bruddet er opstået på artrotisk basis.

Figur 1: Prævalens af hoftebrud i 1995 fordelt på køn og alder.

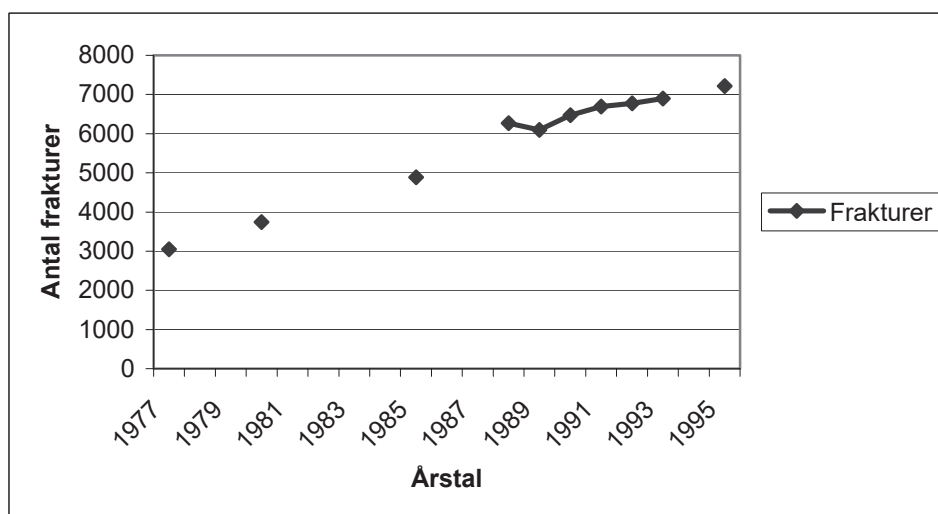


Kilde: Referenceprogram om hoftebrud, 1998⁵

Det fremgår af figur 1, at prævalensen af hoftebrud for begge køn stiger frem til 80-84-års alderen, for herefter at aftage.

På tilsvarende vis – ved en samkørsel af oplysninger om relevant diagnose og relevant operationskode – er antallet af hoftebrud blevet opgjort fra 1977 – 1995 ud fra LPR for personer på 65 år og derover.

Figur 2: Antal hoftefrakturer (prævalens) opgjort fra 1977 – 1995.



Kilde: Referenceprogram om hoftebrud, 1998⁵

Det ses ud fra figur 2, at antallet af hoftebrud er mere end fordoblet i løbet af perioden.

Indtil 1988 er der anvendt gamle operationskoder, hvor der ikke skelnes mellem operationskoder for mediale, pertrokantære og subtrokantære brud på lårbenshalsen. Siden er det kun mediale og pertrokantære brud på lårbenshalsen, der er medtaget. Tallene fra 1977 – 1988 er derfor sandsynligvis lidt for høje, hvilket stemmer overens med, at der sker et beskedent fald i 1989.⁵ Punkterne i figur 2 er kun forbundne der, hvor antallet af frakturer er opgjort pr. år, idet det ikke er til at vide, hvordan kurven ville bugte sig mellem de andre år.

Incidens

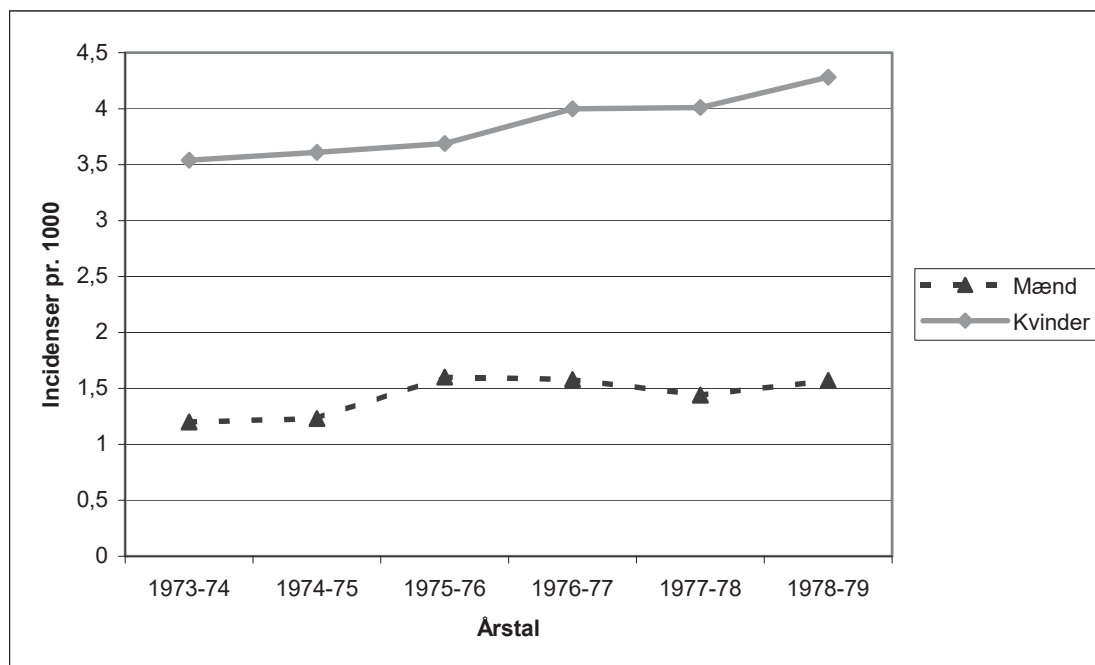
Den alderskorrigerede incidens er forskellig for forskellige brudtyper. Således tiltager incidensen af de håndledsnære brud fra ca. 55-års-alderen, rygsammenfaldene fra 65-års-alderen og de hoftenære brud fra 75-års-alderen.⁴

Det er ikke muligt at opgøre antallet af rygsammenfald, da mange får rygsammenfald uden af få smertefulde gener eller symptomer af det, og dermed er der mange, der ikke diagnosticeres. Antallet af rygsammenfald er sandsynligvis 10.000 – 12.000 pr. år.⁴

Registerstudier

Et studie fra Fyn registrerede i perioden 1. juli 1973 til 30. juni 1979 alle personer fra 40 år og opefter, der fik et hoftebrud, mens de var på Fyn. Ud fra Det Centrale Hospitalsregister blev alle hoftebrud fundet ud fra diagnosekode og røntgenbillederne gennemgået, så kun incidente hoftebrud blev talt med. Incidenserne fremgår af figur 3. Pr. 1. januar 1974 var der i alt 188.676 indbyggere over 40 år på Fyn, mens tallet var steget til 192.345 pr. 1. januar 1979.⁶

Figur 3: Hoftefrakturer – aldersjusterede incidenser fordelt på køn fra 1973 – 1979.

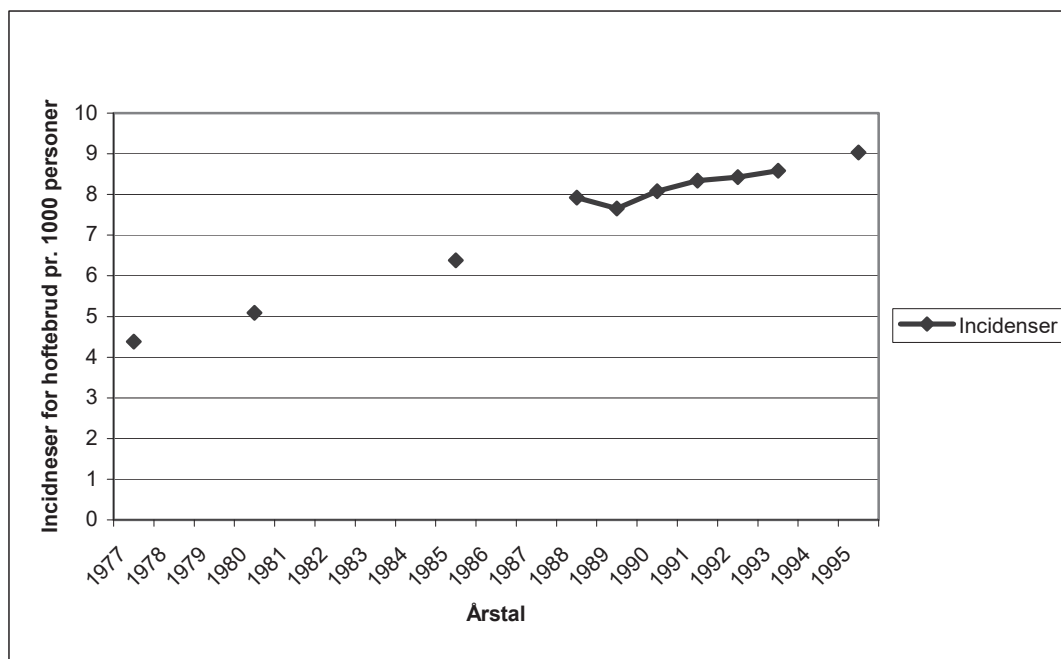


Kilde: Frandsen P.A, 1983⁶

I en estimering ud fra LPR er antallet af hoftebrud blandt de 65 – 94-årige steget fra 9,5 tilfælde pr. 1.000 kvinder i 1981 til 9,9 tilfælde pr. 1.000 kvinder i 1993. For mænd steg tallet fra 3,8 tilfælde pr. 1.000 mænd i 1981 til 5,1 pr. 1.000 mænd i 1993.¹ Raterne er aldersstandardiserede. Det ses, at i perioden var hoftebrud således hyppigere for kvinder end for mænd, men stigningstaksten var størst for mænd.

De tidligere omtalte prævalenser for hoftebrud, der blev opgjort for 1977 - 1995 ud fra LPR, er blevet brugt til at udregne incidenserne vist i figur 4.

Figur 4: Incidenser for hoftebrud for begge køn fra 1977 – 1995.

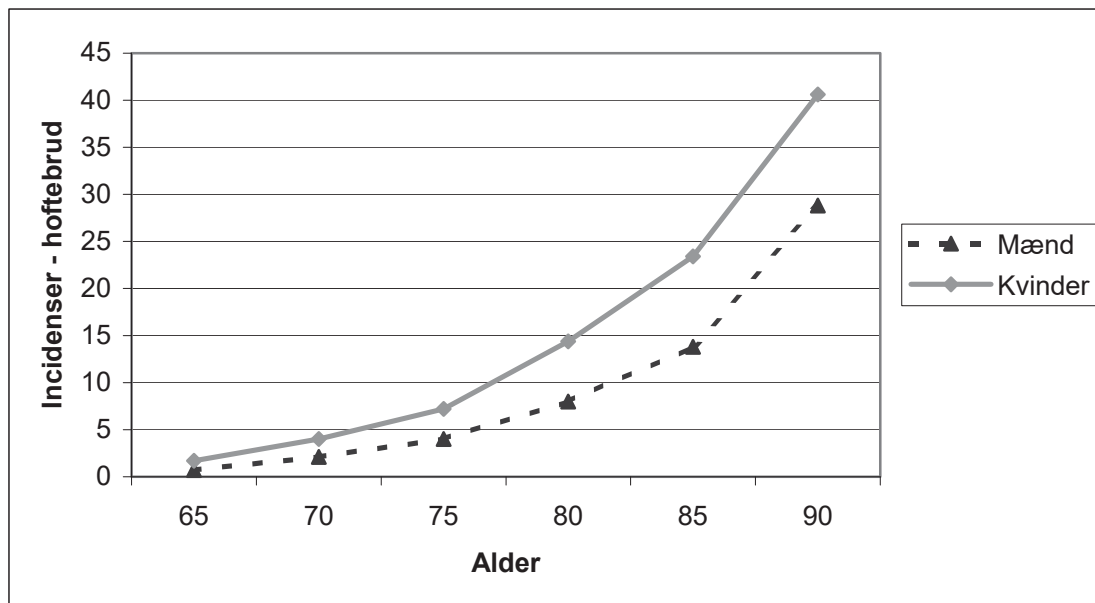


Kilde: På baggrund af Referenceprogram om hoftebrud, 1998⁵ er incidenstillene beregnet ud fra folketal fra www.statistikbanken.dk.

Den føromtalte kodningsændring i 1988 er formentlig medvirkende til det observerede fald i 1988 – 1989. Det ses, at antallet af hoftebrud er mindst fordoblet i løbet af perioden.⁵

Sundhedsstyrelsen opgjorde i 1997 antallet af hoftebrud for personer over 65 år på grundlag af LPR, således at kriterierne for at have haft et incident hoftebrud (fractura colli femoris eller fractura pertrochanterica femoris) blev fastlagt til, at der i en sammenhængende indlæggelse både skulle være registreret en relevant diagnosekode og en relevant operationskode. En sammenhængende indlæggelse blev defineret som et forløb, hvor der højst var én dag mellem en udskrivning og den efterfølgende indlæggelse. Dertil skulle enten udskrivelsesmåden ved den første udskrivning eller henvendelsesmåden ved den efterfølgende være registreret som ”eget hel/deldøgnsafsnit” eller ”andet hel/deldøgnsafsnit”. Ligeledes blev udskrivninger, hvor senfølge var anført som henvendelsesårsag udeladt for at frasortere genindlæggelser. Det samlede antal hoftebrud i 1997 var i alt 6.816. Tallene er vist i figur 5. Der ses en markant stigning i antallet af incidente tilfælde med stigende alder.⁷

Figur 5: Hoftebrud, køns- og aldersspecifikke incidensrater pr. 1.000 i 1997.

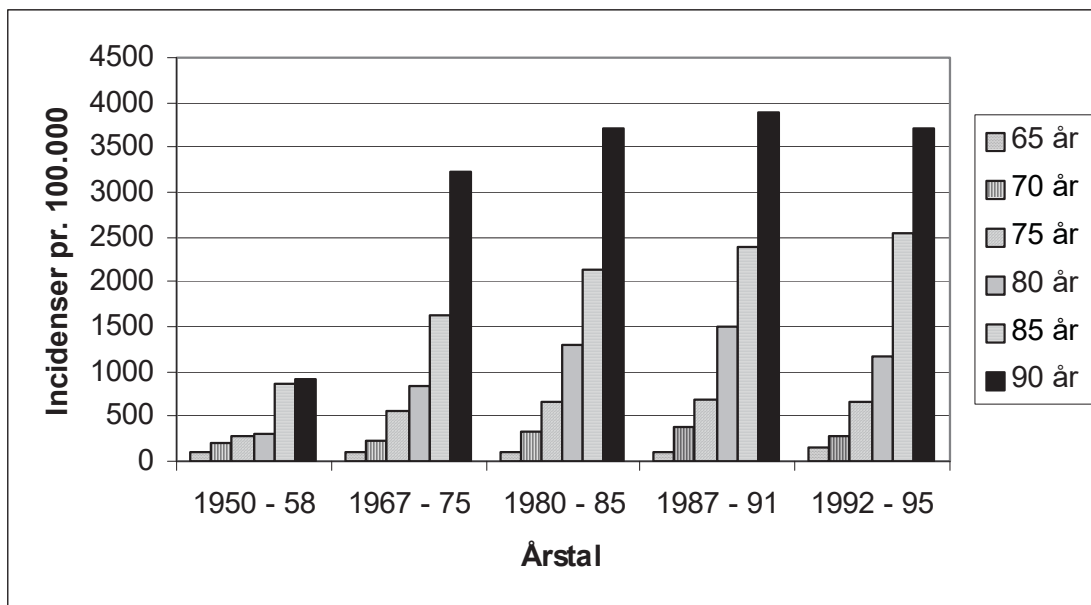


Kilde: Frederiksen K, 1999⁷

Incidensudviklingen i Malmø

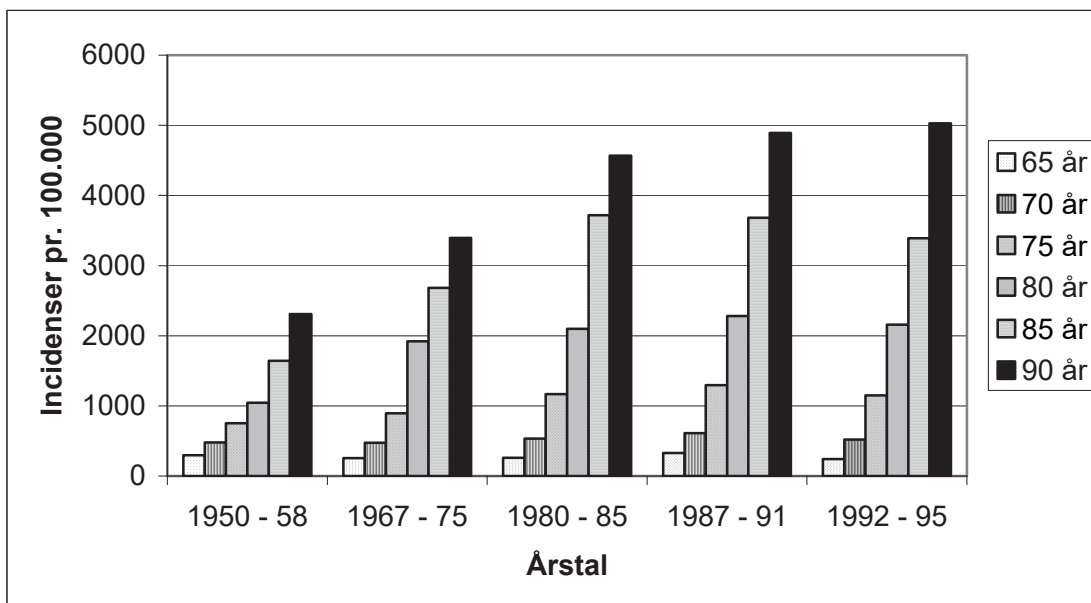
I Malmø i Sverige har man haft en unik mulighed for at følge incidensudviklingen af hoftebrud nøje, idet der kun er ét hospital, der behandler hoftebrud, og alle røntgenbilleder af hoftebrudene og oplysninger om disse findes i ”The Department of Diagnostic Radiology”. Herudfra er antallet af hoftebrud løbende blevet opgjort. Opgørelserne bygger på oplysninger om Malmøs indbyggere over 50 år. I 1991 havde Malmø ca. 235.000 indbyggere. Personer, der blev behandlet i Malmø, men som ikke boede der, er blevet ekskluderet. De svenske incidenser af hoftebrud fremgår af figur 6 og 7.⁸⁻¹⁰

Figur 6: Hoftebrud for mænd i Malmø fordelt på alder i perioder fra 1950 – 1995.



Kilde: Johnell et. al, 1984⁸, Gullberg et al, 1993⁹ og Rogmark et al, 1999¹⁰

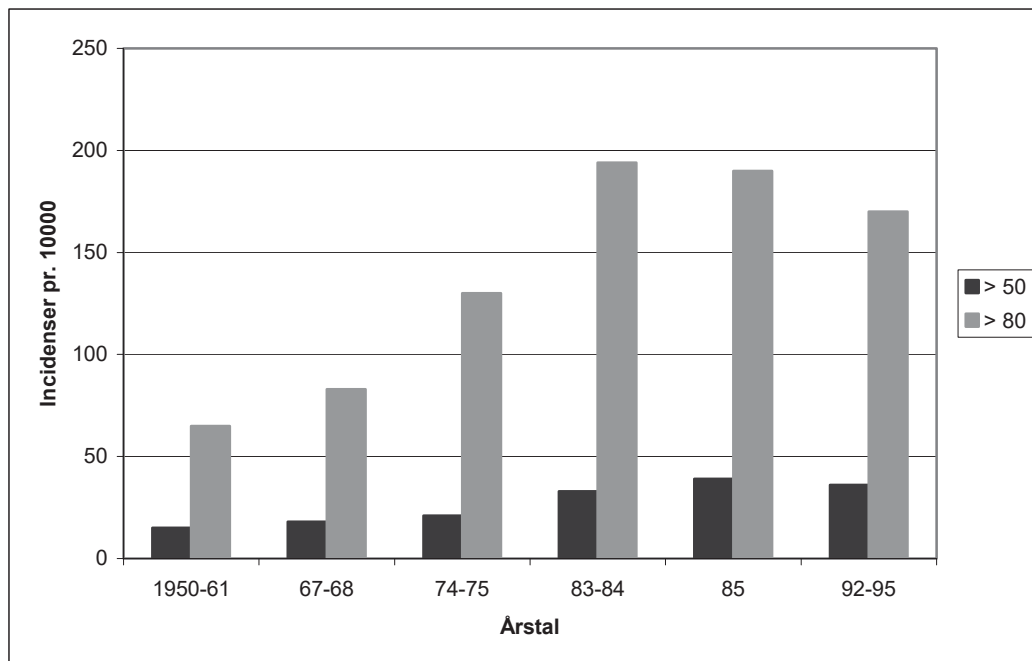
Figur 7: Hoftebrud for kvinder i Malmø fordelt på alder i perioder fra 1950 – 1995.



Kilde: Johnell O et. al, 1984⁸, Gullberg B et al, 1993⁹ og Rogmark C et al, 1999¹⁰

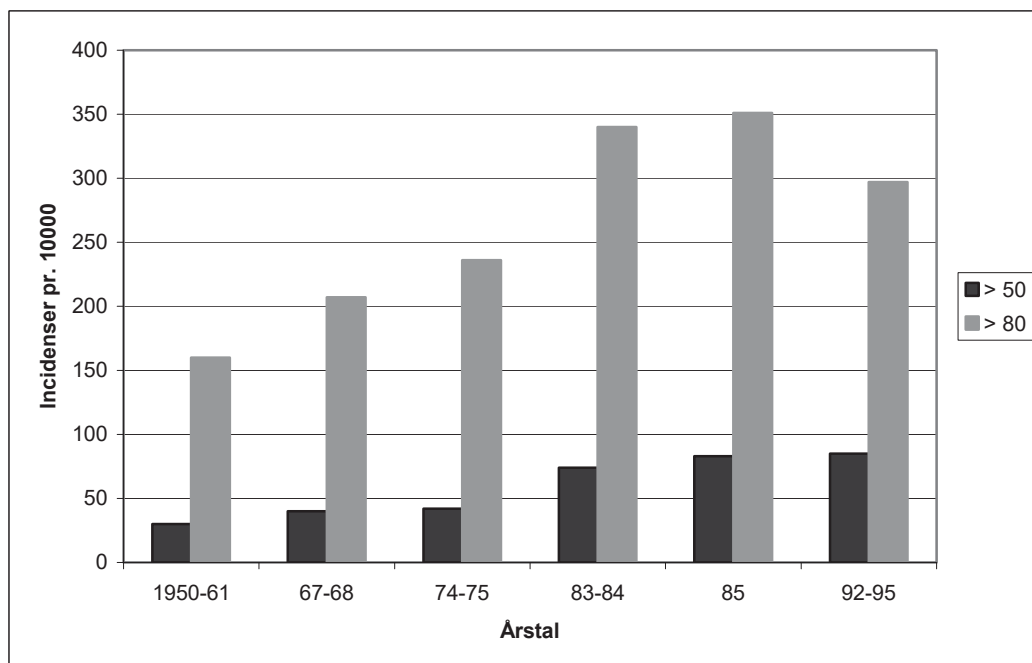
Det ses af søjlediagrammerne, at incidensen af hoftebrud er steget markant gennem årene. Dog lader udviklingen til at stagnere i 1992 – 1995 (figur 8 - 9). Dette kan have flere årsager som f.eks. vejrsmæssige forhold (er føret glat, falder flere) eller ændret genetisk sammensætning af befolkningen i Malmø pga. immigration.¹⁰

Figur 8: Hoftebrud for mænd i Malmø fordelt på aldersgruppen >50 år og >80 år i perioder fra 1950 – 1995.



Kilde: Johnell O et. al, 1984⁸, Gullberg B et al, 1993⁹ og Rogmark C et al, 1999¹⁰

Figur 9: Hoftebrud for kvinder i Malmø fordelt på aldersgruppen >50 år og >80 år i perioder fra 1950 – 1995.



Kilde: Johnell O et. al, 1984⁸, Gullberg B et al, 1993⁹ og Rogmark C et al, 1999¹⁰

Metode til opgørelse af incidensen for osteoporose

For at få belyst udviklingen i antallet af personer med osteoporose, vil der i det følgende blive foreslået en måde hvorpå man – primært ud fra hoftebrud - kan belyse udviklingen i førstegangs osteoporotiske brud, der kan fungere som en indikator for osteoporose. Baggrunden for at benytte hoftebrud er, at de kan opgøres med stor sikkerhed, idet stort set alle med hoftebrud formodes at komme i kontakt med hospitalsvæsenet.^{1;11}

Hoftebrud kan også forekomme af anden årsag end osteoporose, og det kan være vanskeligt ud fra registre at afgøre, hvornår et brud er osteoporotisk. NOMESKO (Nordic Medico-Statistical COmmittee) kodesystemet fra 1995 giver oplysninger om grunden til at søge lægekontakt ved behandling på skadestue eller indlæggelse på hospital. Ved at inddrage henvendelsesgrunden kan alle høj-energifraktureer elimineres vha. Nomesko-koderne. Således tilbagebliver lav-energifraktureerne, som sandsynligvis skyldes osteoporose.

For at et brud skal gælde som et incident tilfælde af osteoporose, skal det både være registreret under en relevant diagnosekode og en relevant operationskode. Samtidig kræver incidensopgørelser med den reelle incidens for osteoporotiske hoftefrakturer en sikkerhed for, at der er tale om lav-energi-brud. Da osteoporose er en kronisk tilstand, kan en person med osteoporose få flere osteoporotiske brud, hvorfor de hidtil opgivne tal for brud ikke afspejler regelrette prævalenser eller incidenser for osteoporose. En person, der er talt med som case én gang, skal derfor udgå af opgørelserne fremover.

Referencer

1. Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd and Dansk Sygehus Institut. Konsensus-rapport. Knogleskørhed. Rapport fra en konsensus-konference. 9. - 11. januar 1995, Hotel Sheraton, København. 1995.
2. Sundhedsstyrelsen and Fødevaredirektoratet. Osteoporose. Forebyggelse, diagnostik og behandling. 2000. Sundhedsstyrelsen.
3. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. 2004.
4. Hyldstrup, L., Brixen, K. T., Eriksen, E. F., Gram, J., Langdahl, B. L., Schwarz, P., and Sørensen, H. A. Osteoporose. Dansk knoglemedicinsk Selskab. 10. 2000. København, Lægeforeningens forlag. Klaringsrapport.

5. Dansk Sygeplejeråd, Dansk Ortopædisk Selskab, Den Faglige Sammenslutning for ortopædkirurgiske sygeplejersker, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og, and Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram om hoftebrud. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. 1998.
6. Frandsen PA, Kruse T. Hip fractures in the county of Funen, Denmark. Implications of demographic aging and changes in incidence rates. *Acta Orthop.Scand* 1983;54:681-6.
7. Frederiksen, K. Hoftebrud i Danmark i 1997 opgjort på basis af Landspatientregisteret. 3(1), 14-26. 1999. Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.
8. Johnell O, Nilsson B, Obrant K, Sernbo I. Age and sex patterns of hip fracture - changes in 30 years. *Acta Orthop.Scand* 1984;55:290-2.
9. Gullberg B, Duppe H, Nilsson B, Redlund-Johnell I, Sernbo I, Obrant K *et al.* Incidence of hip fractures in Malmo, Sweden (1950-1991). *Bone*. 1993;14 Suppl 1:S23-S29.
10. Rogmark C, Sernbo I, Johnell O, Nilsson JA. Incidence of hip fractures in Malmo, Sweden, 1992-1995. A trend-break. *Acta Orthop.Scand* 1999;70:19-22.
11. Kanis JA. The incidence of hip fracture in Europe. *Osteoporos.Int* 1993;3 Suppl 1:10-5.

Muskel- og skeletsygdomme - af Karina Christensen

Muskel- og skeletsygdomme.....	44
Forskellige mål for muskel- og skeletsygdomme	44
Prævalens og incidens af muskel- og skeletlidelser.....	45
Forekomst af langvarig muskel- og skeletlidelser	45
Figur 1: Andel med langvarig muskel- og skeletsygdom i 1987, 1994 og 2000, mænd.	46
Figur 2: Andel med langvarig muskel- og skeletsygdom i 1987, 1994 og 2000, kvinder.....	46
Forekomst af rygsygdom	46
Figur 3: Andel med rygsygdom i 1987, 1994 og 2000, mænd.	47
Figur 4: Andel med rygsygdom i 1987, 1994 og 2000, kvinder.....	48
Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode.....	48
Figur 5: Andel med smerter eller ubehag i ryg eller lænd i 1987, 1994 og 2000, mænd.	49
Figur 6: Andel med smerter eller ubehag i ryg eller lænd i 1987, 1994 og 2000, kvinder....	49
Figur 7: Andel med smerter eller ubehag i nakke eller skulder i 1987, 1994 og 2000, mænd.	50
Figur 8: Andel med smerter eller ubehag i nakke eller skulder i 1987, 1994 og 2000, kvinder.	50
Figur 9: Andel med smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led i 1987, 1994 og 2000, mænd.....	51
Figur 10: Andel med smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led i 1987, 1994 og 2000, kvinder.	52
Opsummering.....	52
Referencer.....	52
Spiseforstyrrelser	97

Muskel- og skelettsygdomme

Muskel- og skelettsygdomme omhandler sygdomme og gener i led, sener, knogler samt muskler. Muskel- og skeletlidelser kaldes også for reumatiske sygdomme eller bevægeapparatsygdomme.¹ Ifølge WHO's sygdomsklassifikation omfatter muskel- og skelettsygdomme ikke sygdomstilstande i muskler, knogler eller bindevæv, hvor årsagen til sygdomstilstanden er sekundær til en anden sygdom eller en senfølge af ulykker.²

Muskel- og skelettsygdomme er et omfattende begreb, som ifølge Sundhedsstyrelsen dækker over en broget gruppe af symptomkomplekser og symptomer, f.eks. ”ondt i ryggen”, slidgigt, leddegigt, fibromyalgi, musearm, osteoporose (se evt. link til ”Osteoporose”), ”nakkehold” og piskesmæld.³ Muskel- og skeletlidelser omfatter med andre ord dels diagnosticerede muskel- og skelettsygdomme og dels mere uspecifikt besvær som smerter eller ubehag fra bevægeapparatet.

Muskel- og skelettsygdomme kan inddeles i fire grupper²:

- Rygsygdomme, der omfatter ondt i ryggen, diskusprolaps, lumbago/myoser, skæv ryg samt slidgigt i ryggen.
- Artrose, der omfatter slidgigt i alle led med undtagelse af led i ryggen.
- Inflammatoriske, reumatiske sygdomme, der omfatter leddegigt, myoser og betændelsestilstande i seneskeder, ledkapselhinder og slimsække.
- Øvrige muskel- og skelettsygdomme, der f.eks. omfatter uspecificeret gigt, osteoporose og sygdomme i bruskskiver og ledbrusk (undtagen i ryggen).

Forskellige mål for muskel- og skelettsygdomme

Forekomsten af muskel- og skeletlidelser kan opgøres på flere forskellige niveauer. Det kan være på basis af frekvensen af hospitalsindlæggelser (LPR-registret), på basis af undersøgelser af henvendelsesårsager til almen praksis eller på basis af selvrapporterede data i repræsentative befolkningsundersøgelser.⁴ Muskel- og skeletsygdommene er velfærdstruende sygdomme, der nedsætter funktionsniveau og livskvalitet. Da der er meget få dødsfald, der skyldes muskel- og skeletsygdom, er det ikke ideelt at bruge mortalitetsdata til at opgøre forekomsten af muskel- og skeletsygdom.

Som helhed udgør muskel- og skeletsygdommene den sygdomsgruppe, der medfører flest tabte gode leveår for voksne danskere. Beregninger foretaget på baggrund af SUSY-2000 viser, at en person på 16 år i gennemsnit kan forventes at miste 10 gode leveår pga. besvær i bevægeapparatet.^{4;5}

I muskel- og skeletsygdomsgruppen er der langt fra altid konsistens mellem anamnese og kliniske fund. Når det f.eks. gælder lænderygmerter, er der hos kun ca. 25 % konsistens mellem anamnese, klinisk billede og billeddiagnostik. Dertil kommer, at nogle af tilstandene i muskel- og skeletsygdomsgruppen ikke er særligt velafgrænsede.

Mange af muskel- og skeletlidelserne fører ikke til lægekontakt,⁶ og kun en ganske lille del af muskel- og skeletlidelserne fører til hospitalsindlæggelser. Således er der en betydelig del af muskel- og skeletsygdommene/-lidelserne, som ikke kommer til hospitalsvæsenets kendskab. Skal den samlede forekomst af muskel- og skeletlidelser opgøres, er det derfor vigtigt at lægge vægt på undersøgelser, hvor befolkningen er blevet adspurgt om deres sygdomme, gener og symptomer.⁴ Dette er sket i de landsrepræsentative interviewundersøgelser, Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) i 1987, 1994 og 2000. Herfra er forekomsten af muskel- og skeletlidelser hos voksne danskere (over 16 år) blevet opgjort. De følgende tal er fra disse undersøgelser.⁷

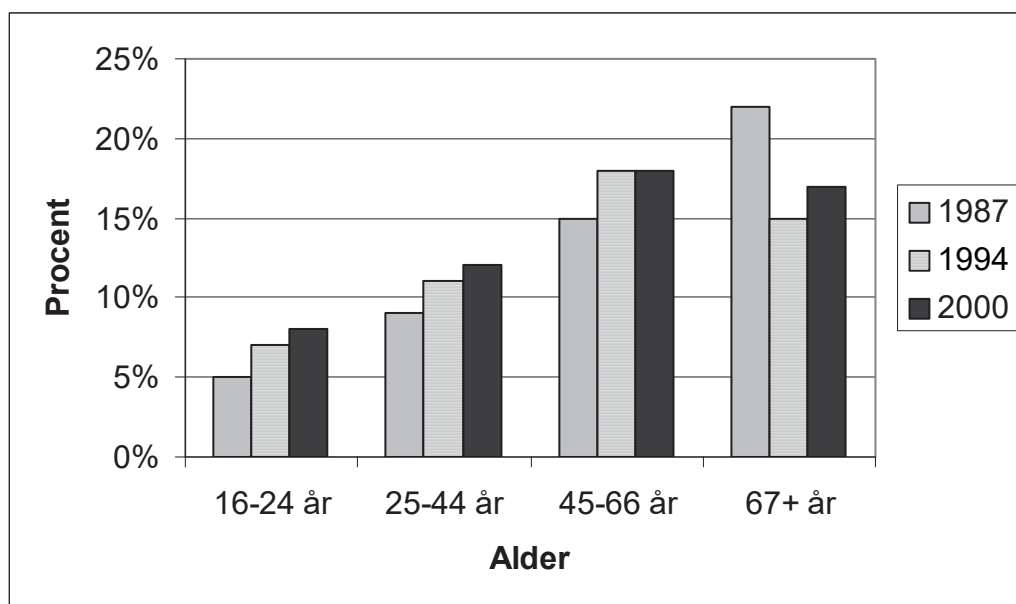
Prævalens og incidens af muskel- og skeletlidelser

Forekomst af langvarig muskel- og skeletlidelser

Langvarige muskel- og skeletsygdomme af mere end 6 måneders varighed er hyppigere hos kvinder (18 %) end hos mænd (15 %). Andelen med langvarig muskel- og skeletsygdom blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i 1987, 1994 og 2000 er vist på fig. 1 og fig. 2. Det ses, at andelen af mænd med langvarige muskel- og skeletsygdomme stiger frem til 66-årsalderen for i de ældre år at falde en smule, mens andelen af kvinder med langvarige muskel- og skeletsygdomme stiger med stigende alder.

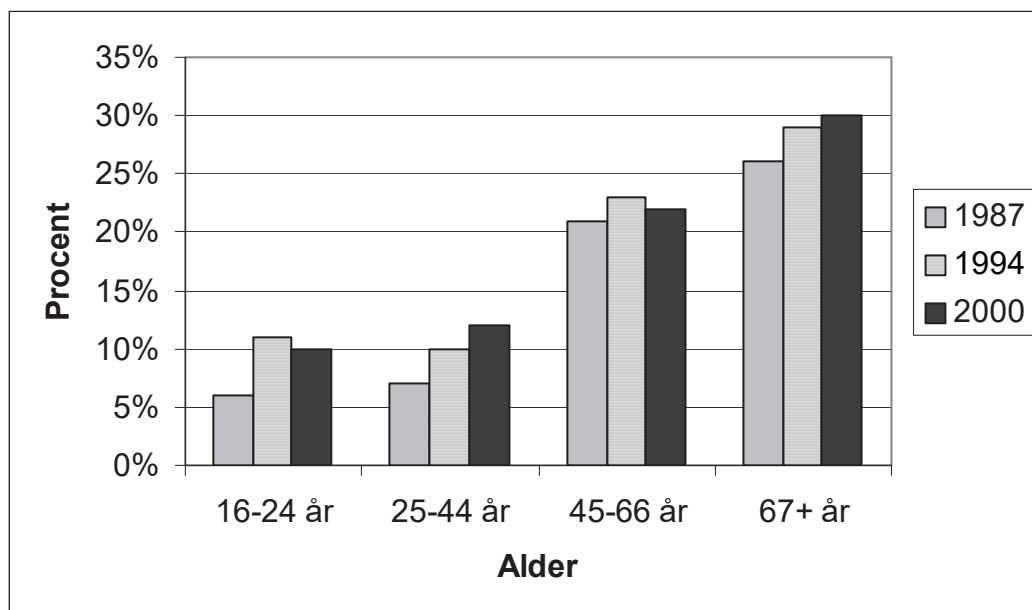
Fra 1987 til 2000 er prævalensen af langvarige muskel- og skeletsygdomme steget fra 13 % til 16 %. Stigningen er mest markant for gruppen af 16 - 44-årige. Af de langvarige muskel- og skeletlidelser udgør ryg sygdom 6,7 %, artrose 3,8 %, inflammatorisk reumatisk sygdomme 2,8 % og andre muskel- og skeletsygdomme 4,6 % i 2000.

Figur 1: Andel med langvarig muskel- og skeletsygdom i 1987, 1994 og 2000, mænd.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Figur 2: Andel med langvarig muskel- og skeletsygdom i 1987, 1994 og 2000, kvinder.



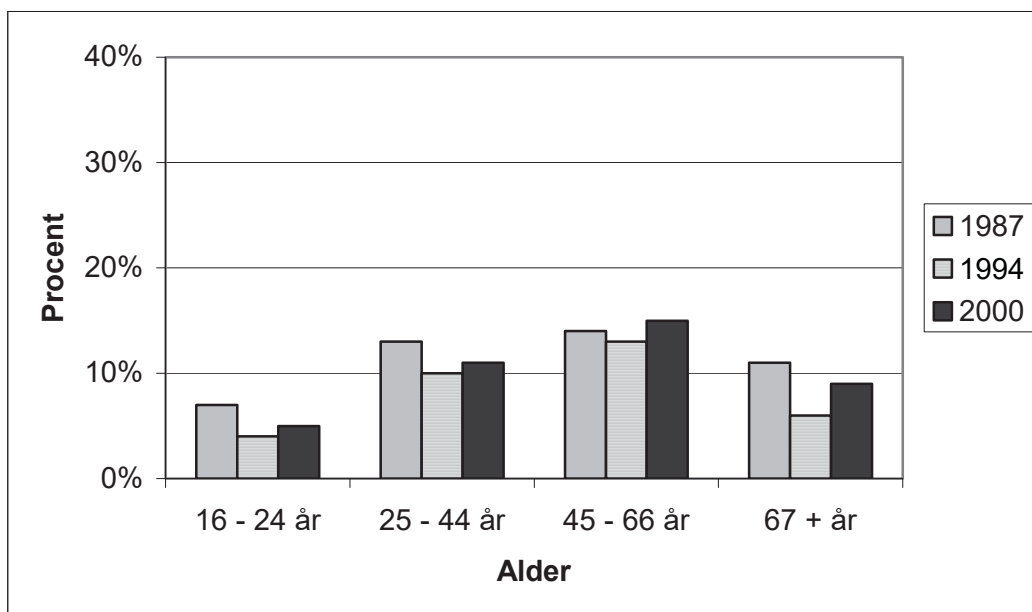
Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Forekomst af rygsygdom

I SUSY er andelen af befolkningen med specifik rygsygdom opgjort ved at spørge interviewpersonerne, om de havde en eller flere af en række sygdomme, der var listet op. Resultatet

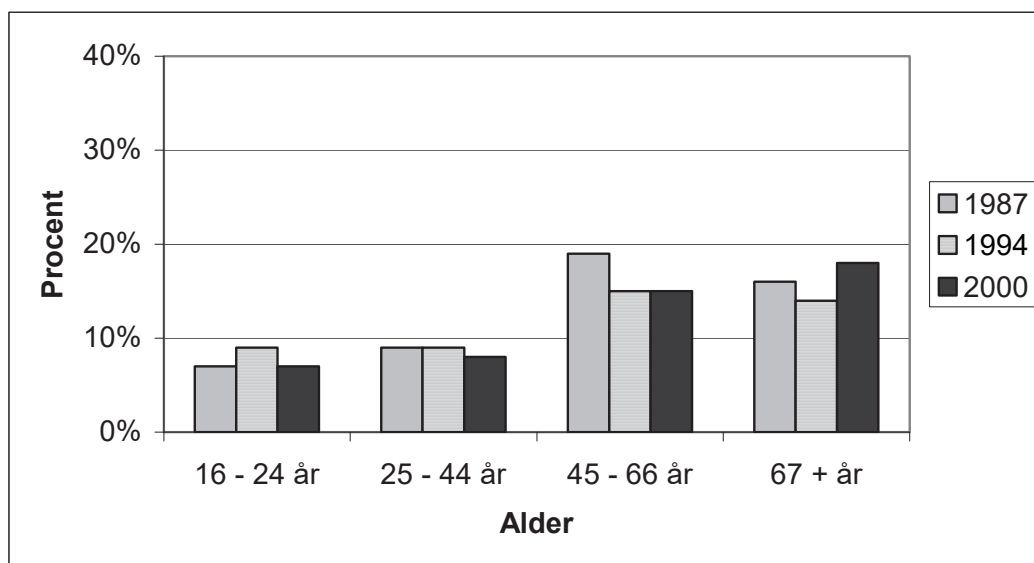
fremgår af fig. 3 og fig. 4, der viser, hvor stor en andel af hhv. mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper, der angiver at have rygsgydom i 1987, 1994 og 2000. I SUSY-2000 angav i alt 11 % mænd og 12 % af kvinder, at de havde en rygsgydom, hvilket svarer til ca. 503.000 personer over 16 år i den danske befolkning. Hyppigheden af personer der angiver at have en rygsgydom, har været konstant fra 1987 til 2000. For kvinderne stiger andelen med rygsgydom frem til 80-årsalderen for herefter at aftage. For mændene gælder samme mønster, dog falder forekomsten noget tidligere, nemlig fra 67-årsalderen.

Figur 3: Andel med rygsgydom i 1987, 1994 og 2000, mænd.



Kilde: Kjøllet, M. *et al.* 2000⁷

Figur 4: Andel med rygsygdom i 1987, 1994 og 2000, kvinder.



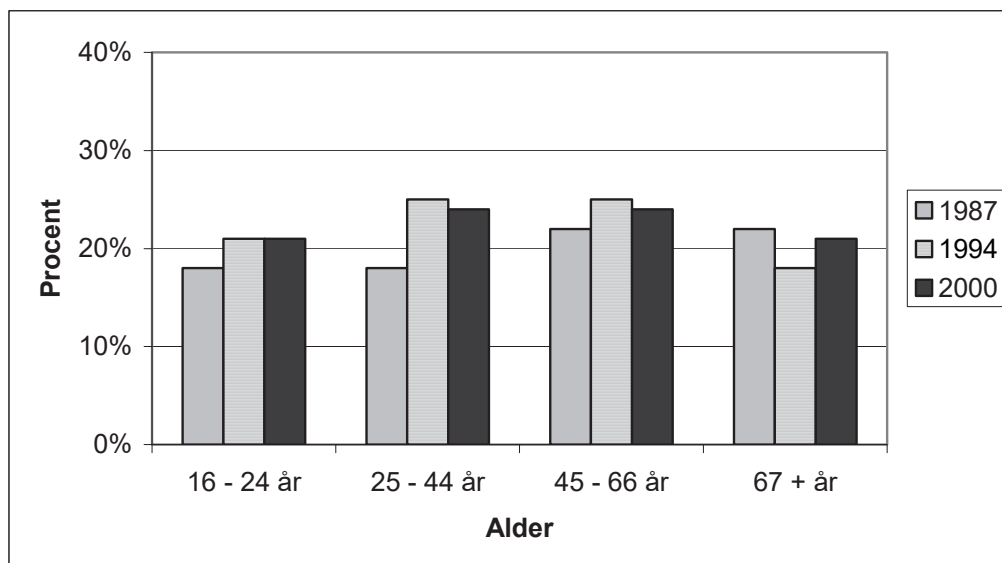
Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Fig. 5 og fig. 6 viser andel med smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage fordelt på alder for hhv. mænd og kvinder for 1987, 1994 og 2000. 23 % af mændene og 29 % af kvinderne var i 2000 generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage. Antalsmæssigt svarer det til ca. 1.117.000 personer i befolkningen i Danmark.

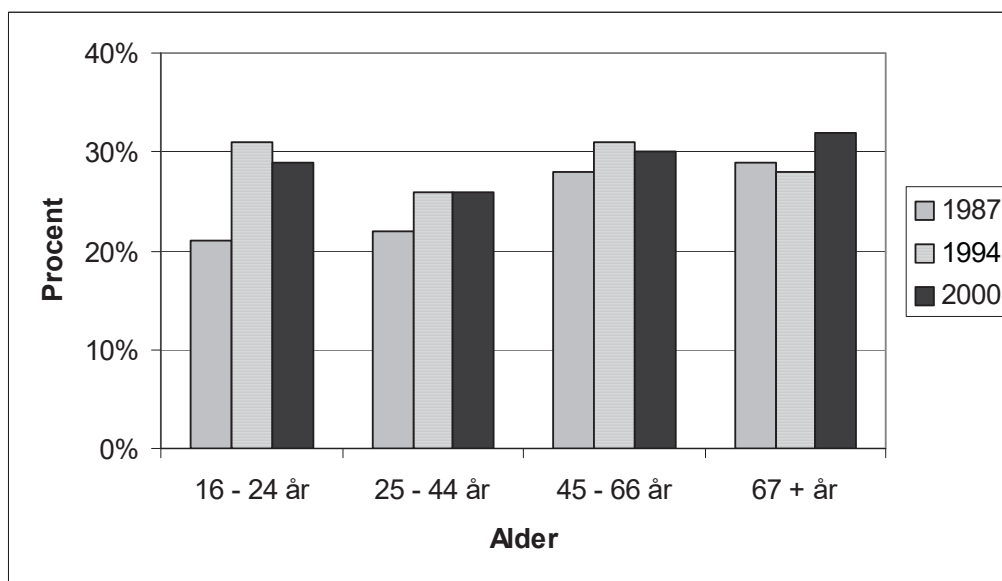
I alt havde 26 % smerter eller ubehag i ryg eller lænd i SUSY-2000, og 10 % havde været ”meget generet” inden for de sidste 14 dage. I alle tre undersøgelser og i samtlige aldersgrupper er forekomsten højere blandt kvinder end mænd. Andelen med smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for en 14-dages periode steg fra 22 % i 1987 til 26 % i 1994 for at stagnere frem til undersøgelsen i 2000. Stigningen fra 1987 til 1994 ses i alle aldersgrupper og for begge køn. Forekomsten af smerter eller ubehag i ryg eller lænd stiger for mænd frem til 67-årsalderen og aftager herefter. Blandt kvinder er forekomsten lavest for aldersgruppen 25 - 44 år. Herefter stiger hyppigheden af gener fra ryg eller lænd med alderen.

Figur 5: Andel med smerter eller ubehag i ryg eller lænd i 1987, 1994 og 2000, mænd.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Figur 6: Andel med smerter eller ubehag i ryg eller lænd i 1987, 1994 og 2000, kvinder.

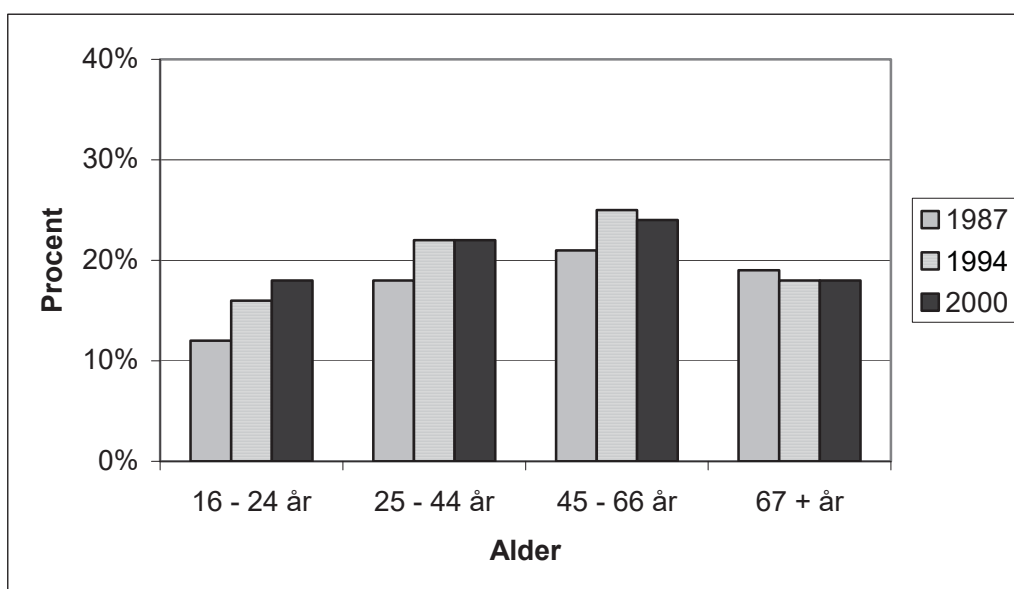


Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Andel med smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage i 1987, 1994 og 2000 er for mænd vist på fig. 7 og for kvinder på fig. 8. 22 % af mændene og 33 % af kvinderne var generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke i 2000. I alt havde 27 % smerter eller ubehag i skulder eller nakke, 10 % havde været ”meget generet”. De 27 % svarer til at ca. 1.181.100 personer i den danske befolkning havde været generet af gener fra skulder eller nakke.

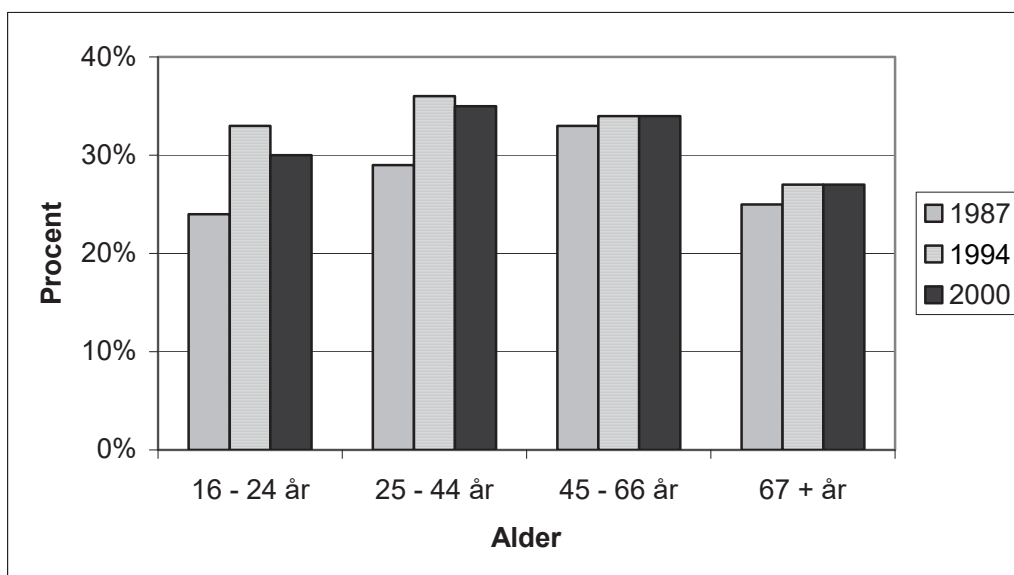
Forekomsten af smerter eller ubehag i nakke eller skulder inden for en 14-dages periode steg fra 23 % i 1987 til 27 % i 2000. Stigningen ses for både mænd og kvinder i alle aldersgrupper, og for begge køn gælder, at hyppigheden af smerter eller ubehag i nakke eller skulder inden for en 14-dages periode er højest for de 25 – 66-årige.

Figur 7: Andel med smerter eller ubehag i nakke eller skulder i 1987, 1994 og 2000, mænd.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Figur 8: Andel med smerter eller ubehag i nakke eller skulder i 1987, 1994 og 2000, kvinder.



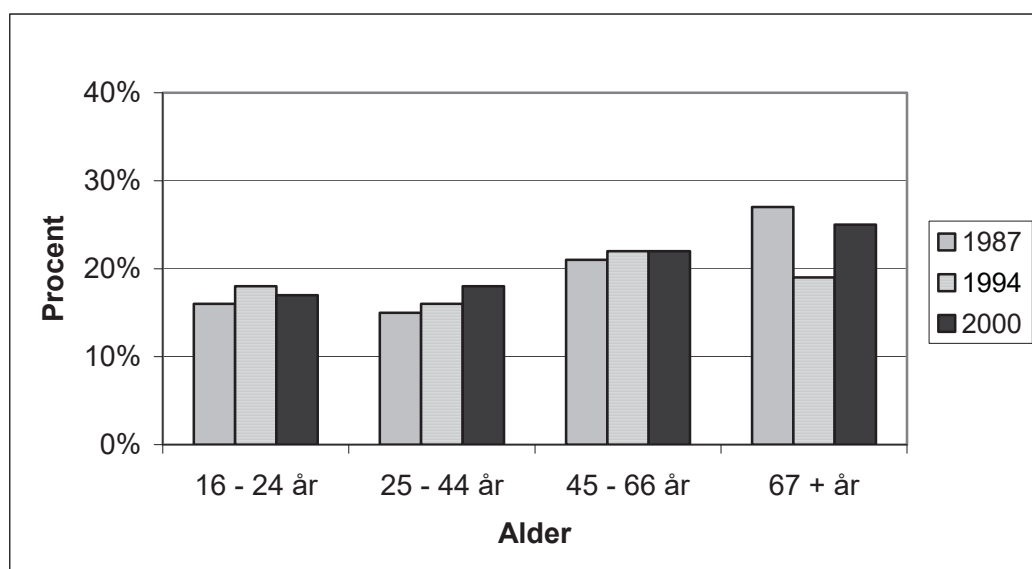
Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Andel med smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led inden for de sidste 14 dage i 1987, 1994 og 2000 er vist på fig. 9 for mænd og på fig. 10 for kvinder.

21 % af mændene og 26 % af kvinderne tilkendegav i SUSY-2000, at de inden for de sidste 14 dage havde haft smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led. I alt havde 23 % smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, og 10 % havde været ”meget generet” inden for de sidste 14 dage.

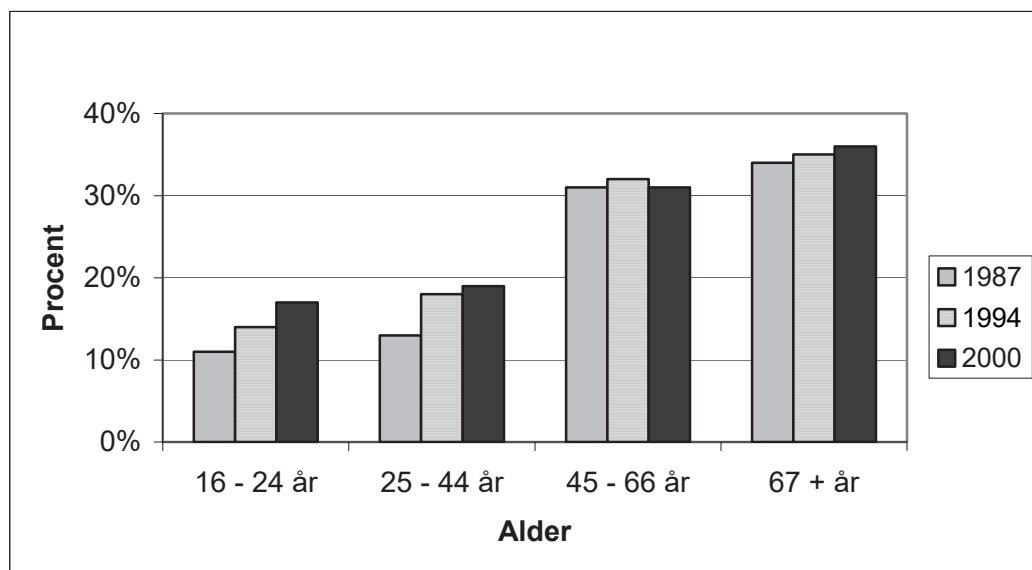
Forekomsten af smerter eller ubehag i arme, ben, knæ, hofter eller led inden for en 14-dages periode er steget fra 20 % i 1987 til 23 % i 2000. Stigningen findes i alle aldersgrupper og gælder for begge køn, hvilket svarer til, at der i 2000 var ca. 1.005.000 personer med denne type gener i befolkningen. Forekomsten er størst blandt de ældste kvinder.

Figur 9: Andel med smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led i 1987, 1994 og 2000, mænd.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Figur 10: Andel med smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led i 1987, 1994 og 2000, kvinder.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2000⁷

Opsummering

I 2000 havde 51 % af befolkningen over 16 år smerter eller ubehag fra bevægeapparatet et eller flere steder i kroppen i løbet af en 14-dages periode. Dermed er muskel- og skeletbesvær langt den hyppigste kilde til gener.⁴ Prævalensen af langvarig muskel- og skeletsygdom er 16 %, heraf er ryggsygdom det hyppigste.⁷ I løbet af fjorten dage vil hver femte voksne dansker således opleve ryggener, mens en tredjedel har haft forbigående eller konstante smerter i lænderyggen inden for det sidste år.⁸ Forekomsten af ondt i ryggen målt som specifik sygdom er 11 – 12 %.⁷

Generelt er forekomsten af muskel- og skeletsygdomme/lidelser højest blandt kvinder i forhold til mænd og højere med stigende alder. Andelen, der udelukkende har smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode, falder med stigende alder, mens andelen, der har længerevarende muskel- og skeletsygdomme og/eller ryggsygdom stiger med stigende alder.⁴

Referencer

1. Kjølner M, Thomsen LK, Rasmussen NKr. Befolkningens forebyggelse af muskel- og skeletsygdom. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1993.
2. Brinck B, Rasmussen NKr, Thomsen LK. Muskel- og skeletsygdom i Danmark. Forekomst og sygdomsadfærd. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), 1995.
3. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. 10-5-2004.

4. Kjøller M. Muskel- og skelettsygdomme som folkesundhedsproblem. In Red.: Bente Danneskiold-Samsøe, Hans Lund og Kirsten Avlund, eds. *Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter*, pp 19-32. København: Munksgaard, 2002.
5. Biering-Sorensen F, Kjøller M. Muskel- og skelettlidelser. *Ugeskrift for læger* 2004;**166**:1331-3.
6. Dansk Selskab for Intern Medicin. Lændesmerter. 4. 1996. Dansk selskab for Intern Medicin. Klaringsrapport.
7. Kjøller M, Rasmussen N.Kr. Sundhed og sygelighed i Danmark - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
8. Manniche, C. Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Statens Institut for medicinsk teknologivurdering. 1. 1999. Sundhedsstyrelsen.

Overfølsomhedssygdomme - af Christina Bjørk

Overfølsomhedssygdomme.....	58
Generel forekomst.....	58
Figur 1: Allergi-/overfølsomhedslidelser angivet blandt voksne danskere (16 år og derover) i procent.....	58
Figur 2: Forekomst af astma, høfeber og anden allergisk snue hos mænd indenfor det seneste år.	59
Figur 3: Forekomst af astma, høfeber og anden allergisk snue hos kvinder indenfor det seneste år.....	59
Astma	60
Forekomst hos voksne.....	60
Figur 4: Andelen af mænd med astma indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.....	61
Figur 5: Andelen af kvinder med astma indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.	61
Figur 6: Prævalensen af selvrapporteret astma i en kohorte fra 1976-1978 og 1991-1994....	62
Figur 7: Prævalensen af selvrapporterede astmasymptomer i 1989 og 1998.	62
Forekomst hos børn.....	63
Figur 8: Andelen af drenge med astma eller astmatisk bronkitis.....	63
Figur 9: Andelen af piger med astma eller astmatisk bronkitis.	63
Diagnosevalidering. – Astma.....	64
Allergisk rinit(snue).....	65
Forekomst	65
Figur 10: Prævalensen af IgE-sensibiliserede personer testet positiv overfor specifikke allergene i 1990 og 1998.....	66
Figur 11: Prævalensen af diagnosticeret allergisk rinit bedømt ved objektive kriterier blandt 15-41-årige i 1990 og 1998.....	66
Pollenallergi	67
Figur 12: Andelen af mænd med årstidsbestemt allergisk snue indenfor det seneste år målt i 1987, 1994 og 2000.....	67
Figur 13: Andelen af kvinder med årstidsbestemt allergisk snue indenfor det seneste år målt i 1987, 1994 og 2000.....	68

Forekomst hos børn.....	68
Anden allergisk rinit	68
Figur 14: Andelen af mænd med anden allergisk snue indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.....	69
Figur 15: Andelen af kvinder med anden allergisk snue indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.....	69
Diagnosevalidering – allergisk rinit.....	69
Fødevareoverfølsomhed	70
Forekomst	71
Diagnosevalidering - Fødevareoverfølsomhed.....	71
Nældefeber (urticaria).....	71
Forekomst	72
Eksem.....	72
Forekomst	72
Figur 16: Andelen af mænd med eksem i 1987, 1994 og 2000.	73
Figur 17: Andelen af kvinder med eksem i 1987, 1994 og 2000.....	73
Figur 18: Prævalensen af allergisk kontaktoverfølsomhed hos 15-41-årige danske mænd i 1990 og 1998.....	74
Figur 19: Prævalensen af allergisk kontaktoverfølsomhed hos 15-41-årige danske kvinder i 1990 og 1998.....	75
Figur 20: Incidensen af kontaktallergi målt i en followup periode på 8 år fra 1990 til 1998.	75
Diagnosevalidering – Eksem	76
Anden overfølsomhed	76
Forekomst	77
Validering af opgørelsen af incidens og prævalens.....	77
Diagnosticering.....	77
Problemer med undersøgelsesdesign	78
Registerstudier	78
Befolkningsundersøgelser.....	78

Problemer med selvrappede data.....	79
Referencer.....	80

Overfølsomhedssygdomme

Overfølsomhedssygdomme er et samlet begreb for en række sygdomme, som er karakteriseret ved en øget tilbøjelighed til at reagere på påvirkninger, som ikke medfører symptomer hos størsteparten af befolkningen. Det gælder bl.a. luftvejssygdommene astma, høfeber og anden allergisk snue samt fødevareoverfølsomhed, nældefeber og forskellige former for eksem. Er immunsystemet inddraget, taler man om allergi eller allergisk overfølsomhed, og er det ikke inddraget, taler man om ikke-allergisk overfølsomhed.^{1;2}

Generel forekomst

Forekomsten af overfølsomhedslidelser kan angives som den etårige prævalens, der beskriver andelen, der har haft lidelsen inden for et år. Forekomsten kan også beskrives som den etårige incidens, som beskriver andelen, der har haft lidelsen for første gang inden for et år. Endelig kan forekomsten beskrives som livstidsprævalens, som beskriver andelen, der nogensinde har haft lidelsen.³ Der vil derfor være forskel på forekomsten afhængig af hvilket mål, der anvendes, hvilket ses i figur 1. Oftest angives prævalensen enten som punkt- eller periodeprævalens, da dette ofte er eneste tilgængelige mål for forekomsten.

Figur 1: Allergi-/overfølsomhedslidelser angivet blandt voksne danskere (16 år og derover) i procent

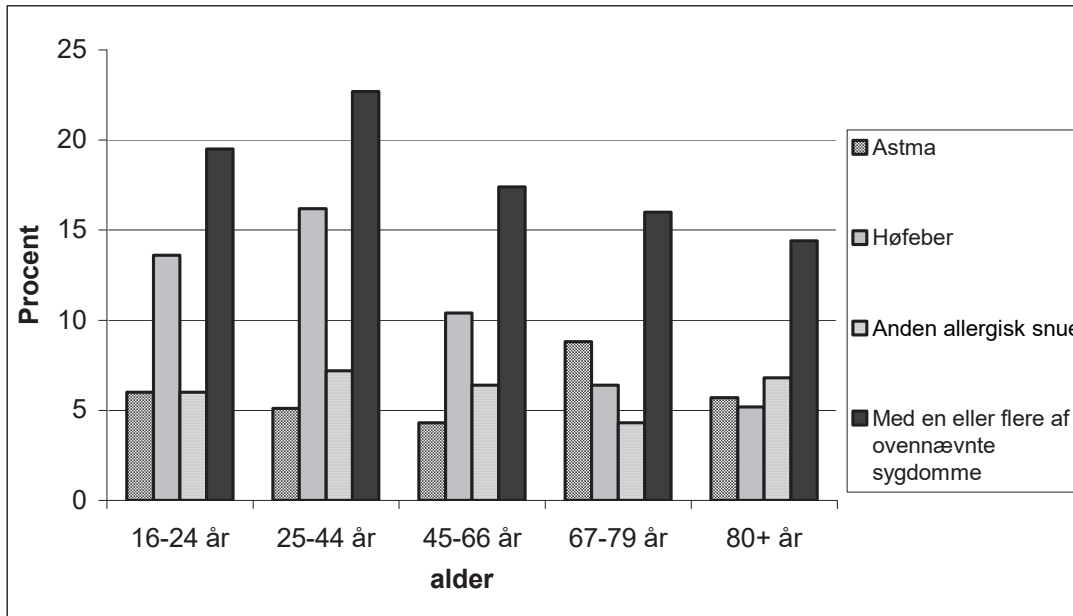
	Etårs periode prævalens i %	Etårs incidens i %	Livstidsprævalens i %
Allergisk snue, øjenkløe (fx høfeber, som generer på bestemte årstider)	10,3	1,4	12,8
Allergisk snue, øjenkløe, som generer uafhængigt af årstiden	6,7	1,4	8,4
Astma	5,0	0,4	7,0
Allergisk eksem på huden	7,8	1,6	12,9
Nældefeber	0,9	0,3	4,2
Børneeksem	0,8	0	2,6
Allergiske lidelser i tarmen	0,8	0,1	1,3
Andet	0,9	0,2	2,0
En eller flere allergi-/overfølsomhedslidelser (inkl. alle med astma)	24,8	4,7	35,8

Kilde: Keiding, L 1997³

I befolkningsundersøgelserne, SUSY², ses en fordobling fra 1987 til 2000 i andelen, der oplyser at have overfølsomhedslidelser. I 2000 oplyste mere end hver fjerde voksne dansker i løbet af et år at have haft en eller flere overfølsomhedssygdomme. Allergisk snue forekommer hyppigst efterfulgt af allergisk eksem og astma. 20,6 % af den voksne befolkning angiver at have en eller flere af de

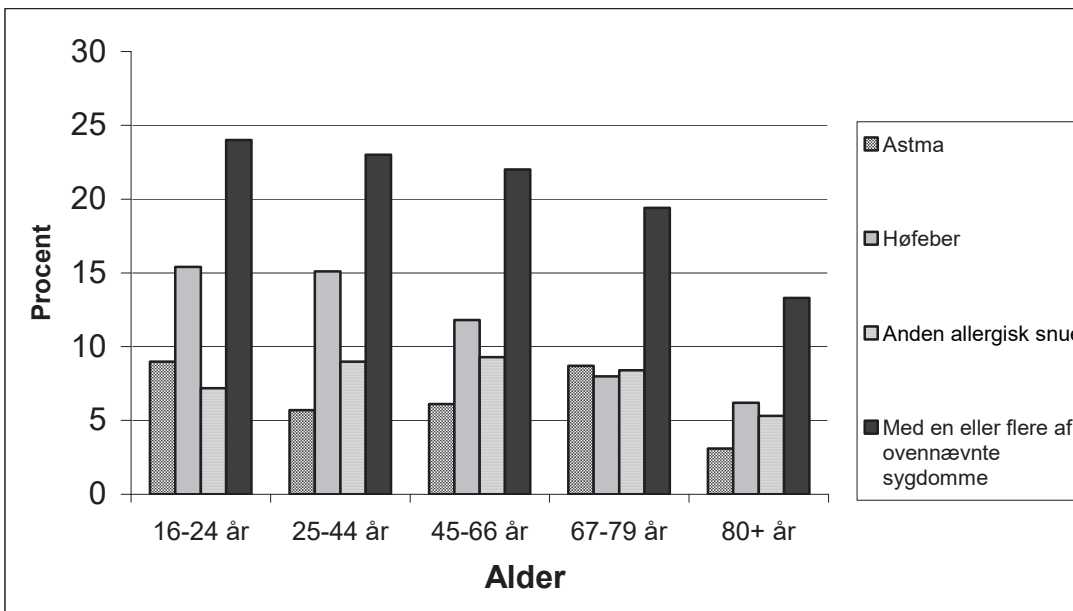
nævnte former for astma eller allergisk snue, og for kvinder ses der en lidt højere forekomst på 21,8 %.^{2;3} (Figur 2 og 3)

Figur 2: Forekomst af astma, høfeber og anden allergisk snue hos mænd indenfor det seneste år.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Figur 3: Forekomst af astma, høfeber og anden allergisk snue hos kvinder indenfor det seneste år.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Yderligere viser en spørgeskema- og helbredsundersøgelse fra Glostrup en stigning i prævalensen af andelen af voksne danskere, der er allergisk overfor luftvejsallergener (f.eks. pollen, pelsdyr og støvmider) bedømt ved måling af specifikke IgE-antistoffer i blodprøver. Prævalensen af danskere med allergi imod mindst et allergen er steget fra 26,5 % i 1990 til 33,9 % i 1998.⁴

Astma

Astma er en kronisk inflammatorisk sygdom i luftvejenes slimhinder og karakteriseres som anfaldvist hoste, åndenød og pibende hvæsende vejrtrækning, som kan variere inden for kort tid. Påvirkninger kan være specifikke eller uspecifikke. Personer med allergisk astma kan reagere på specifikke påvirkninger f.eks. dyrehår, pollen eller husstøvmider.² Der findes desuden astma uden påvist allergi, men ofte skelnes der ikke mellem allergisk og ikke-allergisk astma i befolkningsundersøgelser.

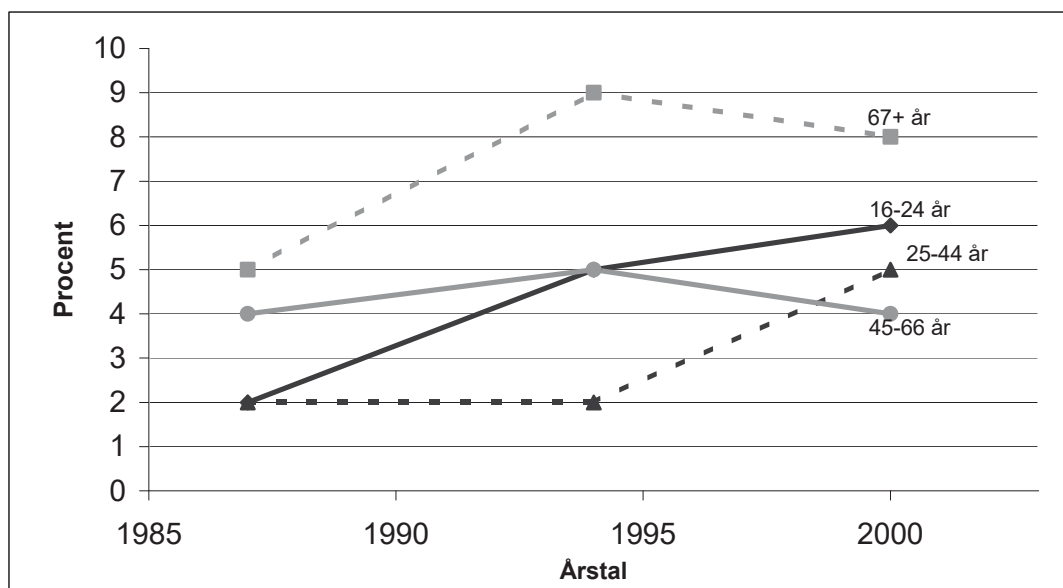
Hos spæd- og småbørn ses ofte hvæsende vejrtrækning i tilslutning til eller forværret ved luftvejsinfektioner. Dette betegnes ofte astmatisk bronchitis, som i denne aldersgruppe er vanskelig at skelne fra astma.

Forekomst hos voksne

Astma, allergi og anden overfølsomhed er almindelige sygdomme, hvis forekomst er steget betydeligt inden for de seneste årtier. Astma forekommer hos ca. 5 % af den voksne befolkning,⁵ og overalt i den industrialiserede del af verden ses en stigning i forekomsten.^{1,6}

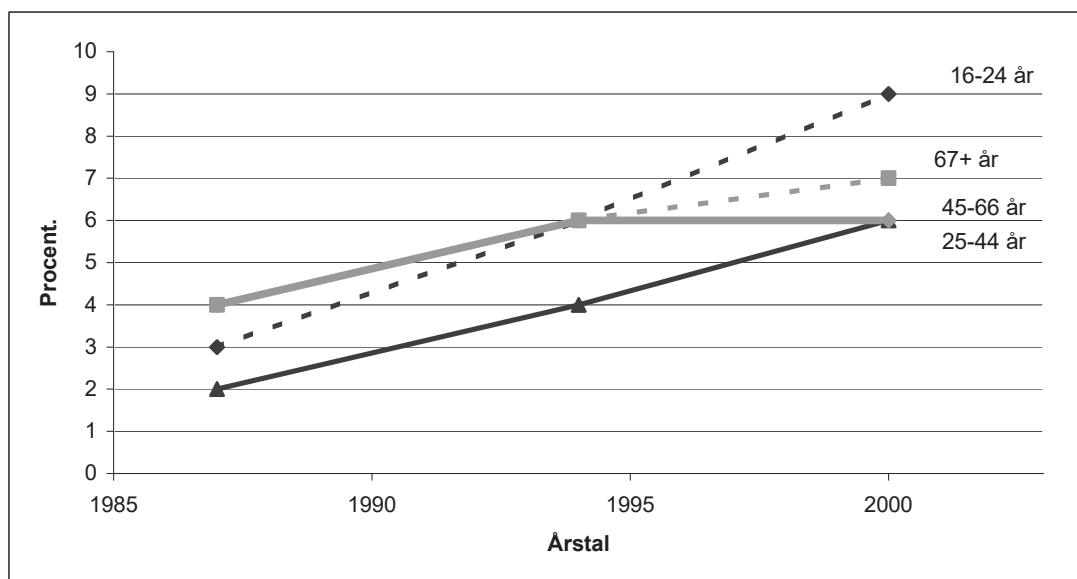
I SUSY-2000 oplyste i alt 5,9 % af den voksne befolkning, at de havde haft astma inden for det seneste år. Hermed er forekomsten af astma blandt voksne steget fra 3,2 % i 1987 til 5,9 % i 2000, hvilket er illustreret i figur 4 og 5. Stigningen fra 1987 - 2000 er sket både blandt mænd og kvinder og er sket i alle aldersgrupper. I 2000 er forekomsten af astma højest hos kvinder i alderen 16 - 24 år, og kvinder har en generelt højere forekomst end mænd indtil 66-års alderen.²

Figur 4: Andelen af mænd med astma indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.*2002²

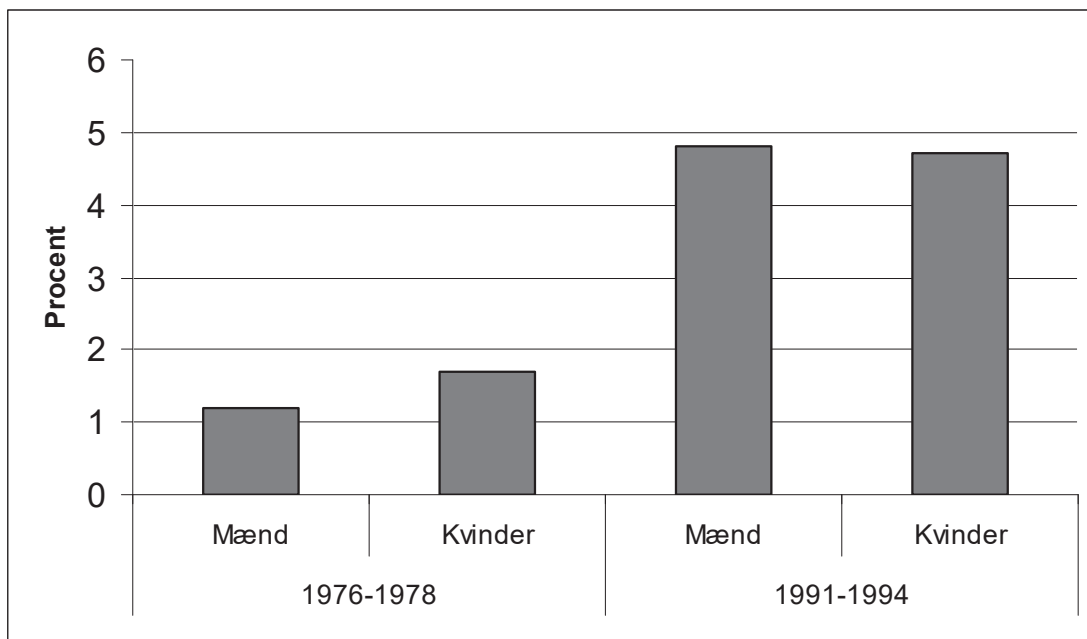
Figur 5: Andelen af kvinder med astma indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.*2002²

En tilsvarende stigning ses i Østerbro-undersøgelsen, hvor der er fundet en stigning i selvrapporeret astma hos de 20- 35-årige fra 1,5 % i 1976 - 1978 til 4,8 % i 1991 - 1994. (Se figur 6 for køns- og aldersfordeling). Ligeledes viste undersøgelsen, at der tilsvarende er sket en øget forringelse af lungefunktionen målt ud fra FEV₁.⁷

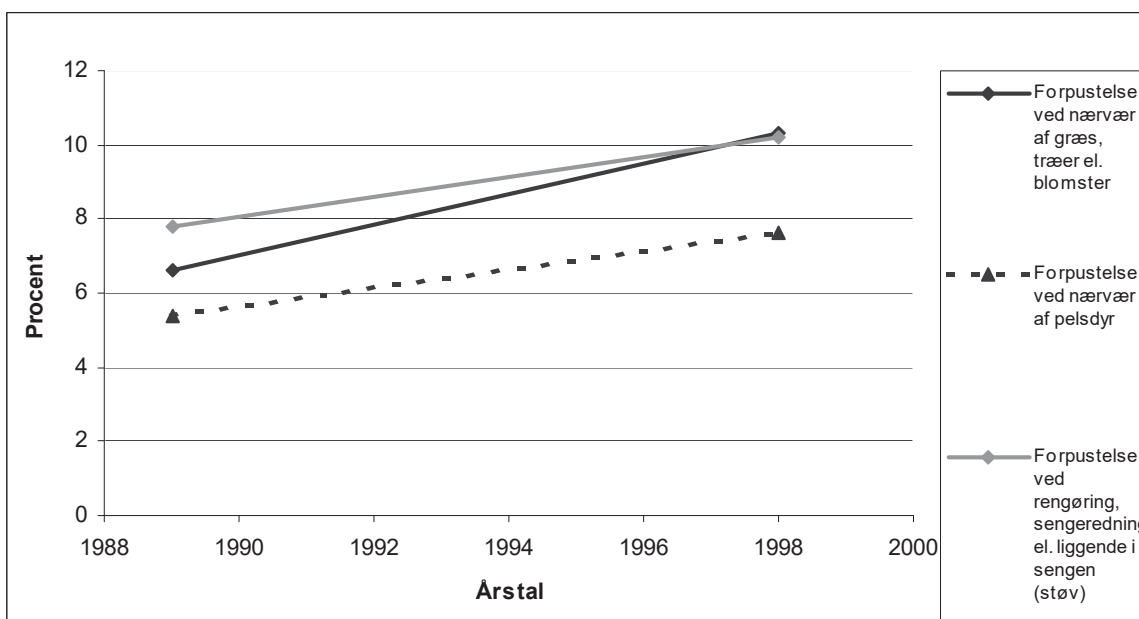
Figur 6: Prævalensen af selvrapporteret astma i en kohorte fra 1976-1978 og 1991-1994



Kilde: Hansen et. al, 2000⁷

En undersøgelse foretaget på 15 - 41-årige københavnere viser, at der er en stigning i forekomsten af allergiske symptomer målt ved spørgeskemaundersøgelser.⁸ Ud fra figur 7 ses, at andelen, der rapporterer astmasymptomer, er stegt markant fra 1989 til 1998.

Figur 7: Prævalensen af selvrapporterede astmasymptomer i 1989 og 1998.



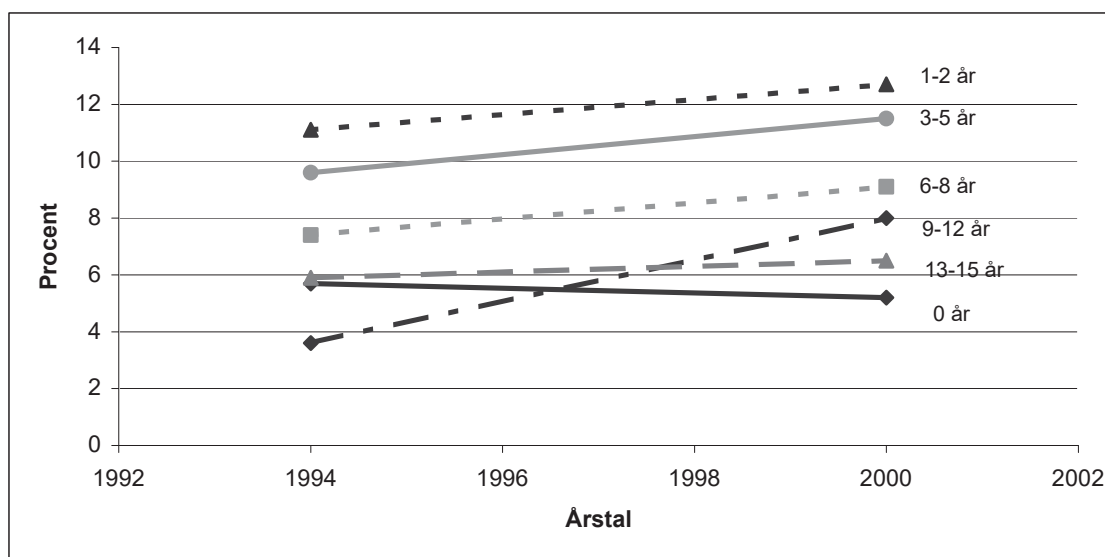
Kilde: Linneberg, A et al, 2001⁸

Baseret på 2 sammenlignelige tværsnitsundersøgelser i det vestlige København. Målt ved spørgeskemaundersøgelse.

Forekomst hos børn

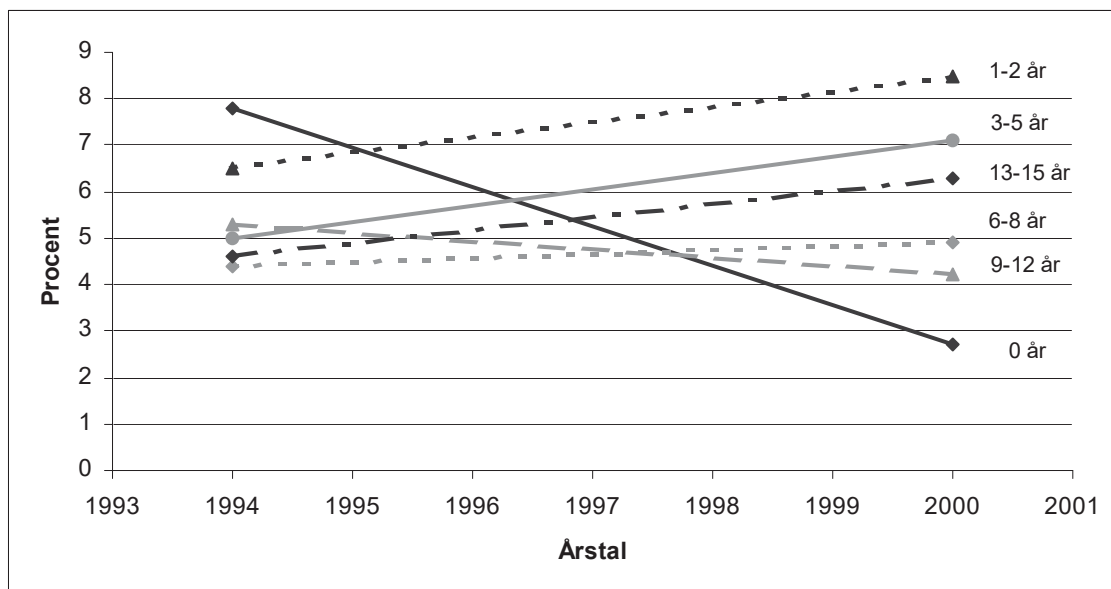
Stigningen i astma ses især hos børn og unge, hvor astma optræder hos ca. 5 - 7 %, og er den hyppigste kroniske sygdom hos danske børn.¹ I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2000 ses, at 7,6 % af børnene under 16 år har haft astma eller astmatisk bronkitis indenfor det seneste år. Det tilsvarende tal for 1994 var 6,2 %. (Se figur 8 og 9). Andelen er højst hos drengene, hvor 9,2 % i 2000 har haft astma eller astmatisk bronkitis mod 5,7 % af pigerne.²

Figur 8: Andelen af drenge med astma eller astmatisk bronkitis.



Kilde: Keiding L, 1997³
Forældrenes rapportering i spørgeskemaundersøgelse

Figur 9: Andelen af piger med astma eller astmatisk bronkitis.



Kilde: Keiding L, 1997³
Forældrenes rapportering i spørgeskemaundersøgelse

Forekomsten af astma varierer med alderen, idet mange børn vokser fra deres astma eller astmatiske bronkitis. Astmatisk bronkitis ses hos ca. 25 % i alderen 0 - 3 år⁵, og 50 % af nyfødte oplever astmasymptomer. Ud af de ca. 50 %, som oplever hvæseperioder, har 15 % astma, 20 % medfødte rygerlunger (ikke astmatisk) og 15 % astmatisk bronkitis.⁹ Der kan påvises allergi hos 30 - 50 % af børn under 5 år med astma.⁵ I alderen 3 - 6 år ophører børnenes hvæseperioder typisk, og nogle vokser fra problemet, mens andre overgår til egentlig astma. Mange har anstrengelsesudløst astma.⁹ Når børn når skolealderen, er mange børn med astmatisk bronkitis vokset fra det.⁹ I udskolingsundersøgelsen fra 1996/97 havde godt 5 % astma,¹⁰ og der blev påvist allergi hos ca. 80 - 90 % af skolebørn med astma.⁵ Forekomsten af overfølsomhed er muligvis forskellig for drenge og piger, da astma og allergisk snue forekommer hyppigere hos drenge, mens eksem forekommer hyppigst hos piger.¹⁰

Diagnosevalidering. – Astma

Astma diagnosticeres typisk ved anamnese og lungefunktionsundersøgelse, mens astma hos børn stilles på baggrund af symptomer, udelukkelse af differentialdiagnoser og behandlingsforsøg. Det kan være vanskeligt klinisk at adskille astma fra andre kroniske lungesygdomme, hvilket især gælder ældre patienter. En del ældre mennesker med kronisk bronkitis er i behandling med astmamedicin.³ Astmasymptomer og behandling kan eksempelvis dække over sygdomme såsom kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), restriktive lungesygdomme, funktionelle sygdomme og hjertesygdomme.⁵ Hos børn er de hyppigste differentialdiagnoser pneumoni, fremmedlegemer i luftvejene, cystisk fibrose, hjertesygdom og anatomiske misdannelser.

Yderligere forekommer astma ofte sammen med en række andre lidelser. En del af stigningen i forekomsten af astma kan skyldes, at flere, især over 45 år, har fået at vide, at de har astma samtidig med kronisk bronkitis. Desuden er der mange,³ som både har allergisk snue og astma.³

En person kan have haft astma, uden at personen på målingstidspunktet rapporterer at lide af sygdommen. Astmatikere kan gå symptomfri i måneder til år, hvorefter sygdommen blusser op igen. Astmatisk bronkitis kan være et udtryk for astma. Hos de 0- 1-årige vil bronkitis ofte få et astmatisk præg, selvom en del af børnene ikke udvikler astma. I barnealderen kan astma forsvinde permanent eller midlertidigt, og symptomerne på astma kan svinge meget over tid.² Opgørelser over

forekomsten af astma bør også inkludere den del af befolkningen, som har astmasymptomer, men som ikke har fået stillet diagnosen astma. Ligeledes bør alle, der tager medicin for at holde symptomerne nede tillige indkluderes i prævalensopgørelser. Således må opgørelser over forekomsten vurderes som minimumstal, og forekomsten vil øjensynlig reelt være højere.³

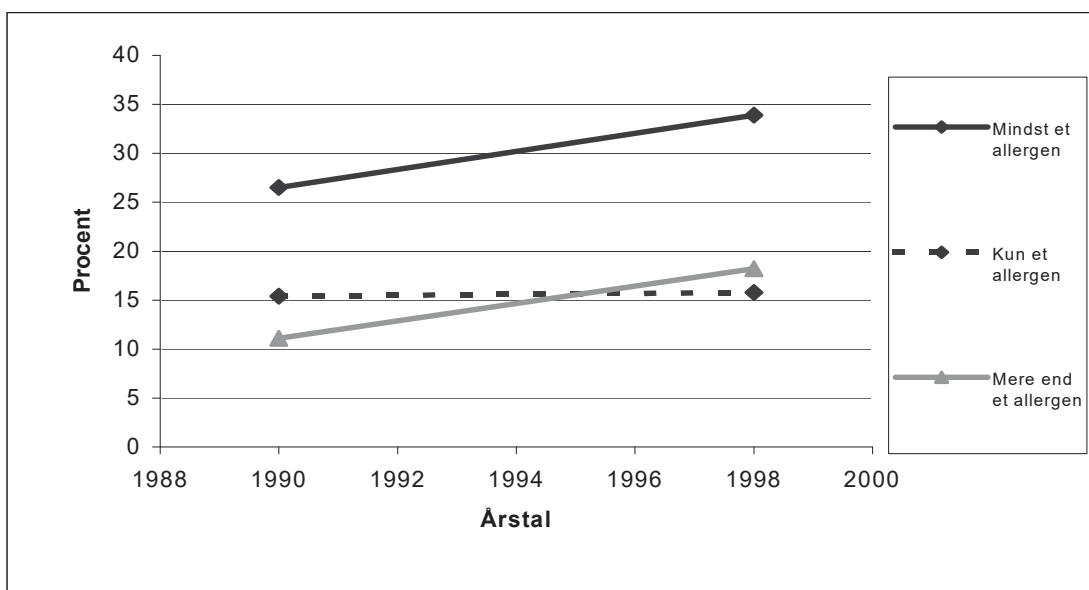
Allergisk rinit(snue)

Allergisk snue er ofte årstidsbestemt i form af allergi imod pollen, hvilket populært benævnes høfeber. Derudover findes der andre former for allergisk snue, der oftest er forårsaget af allergi imod husstøvmider og pelsdyr.² Allergisk rinit er karakteriseret ved en tilstand af snue, nyseture og tilstoppet næse ofte forårsaget eller ledsaget af øjenkløe, konjunktival rødme og tåreflod. Ved allergi imod pollen, er de hyppigste allergier imod birk, græs eller bynke. Krydsreaktioner imellem disse allergener og visse fødevarer forekommer, hvorfor nogle høfeberpatienter får reaktioner ved indtagelse af visse fødevarer.⁵ Sygdommen varer oftest 15 - 30 år, hvor intensiteten varierer.⁵

Forekomst

Forekomsten af allergisk rinit kan estimeres ud fra befolkningsundersøgelser foretaget på den danske befolkning. I gentagne tværsnitsundersøgelser i den vestlige del af København i henholdsvis 1990 og 1998, er der fundet en stigning i IgE-sensibilisering fra 27 % til 34 % målt ved andelen af personer, som er IgE-positive overfor de mest hyppige luftvejsallergener (pollen, pelsdyr og støvmider).⁴ Der ses på figur 10 en øget frekvens af personer, som er allergiske overfor mere end et allergen, mens antallet, der reagerer positivt på kun et allergen, er uforandret.

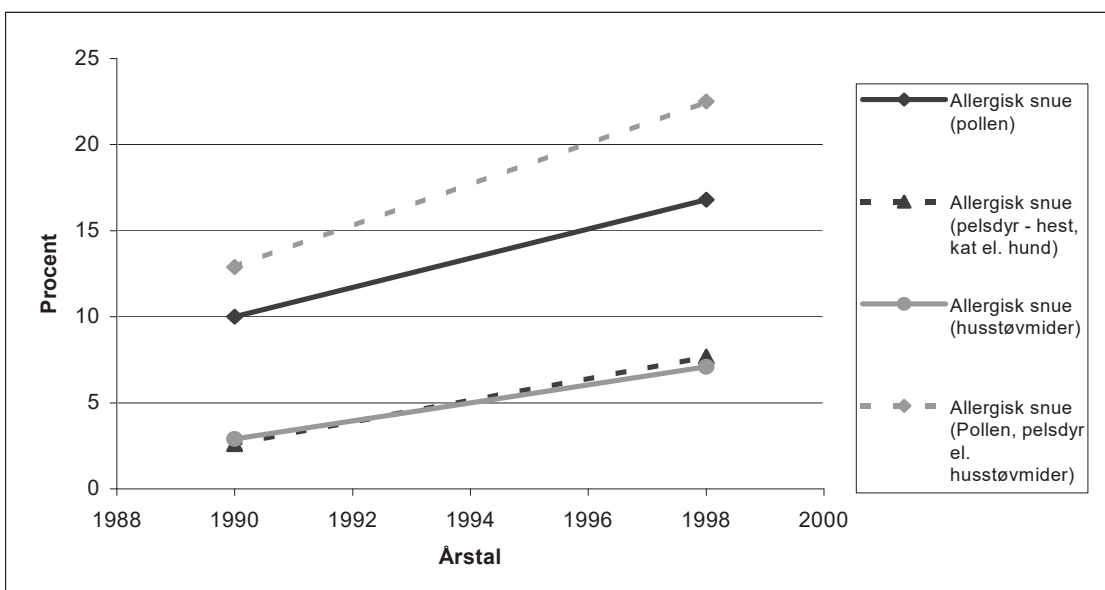
Figur 10: Prævalensen af IgE-sensibiliserede personer testet positiv overfor specifikke allergene i 1990 og 1998



Kilde: Linneberg, A *et al*, 2000⁴. Baseret på gentagne tværsnitsundersøgelser i den vestlige del af København i 1990 og 1998. Målt på 6 hyppige luftvejsallergener ud fra serum.

Yderligere er der foretaget en undersøgelse af forekomsten af allergisk rinit ved Københavns Amts ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundhed baseret både på objektive målinger og selvrapporerende symptomer. Her ses, at forekomsten af allergisk rinit er steget fra 12,9 % i 1990 til 22,5 % i 1998. (Se figur 11)

Figur 11: Prævalensen af diagnosticeret allergisk rinit bedømt ved objektive kriterier blandt 15-41-årige i 1990 og 1998.

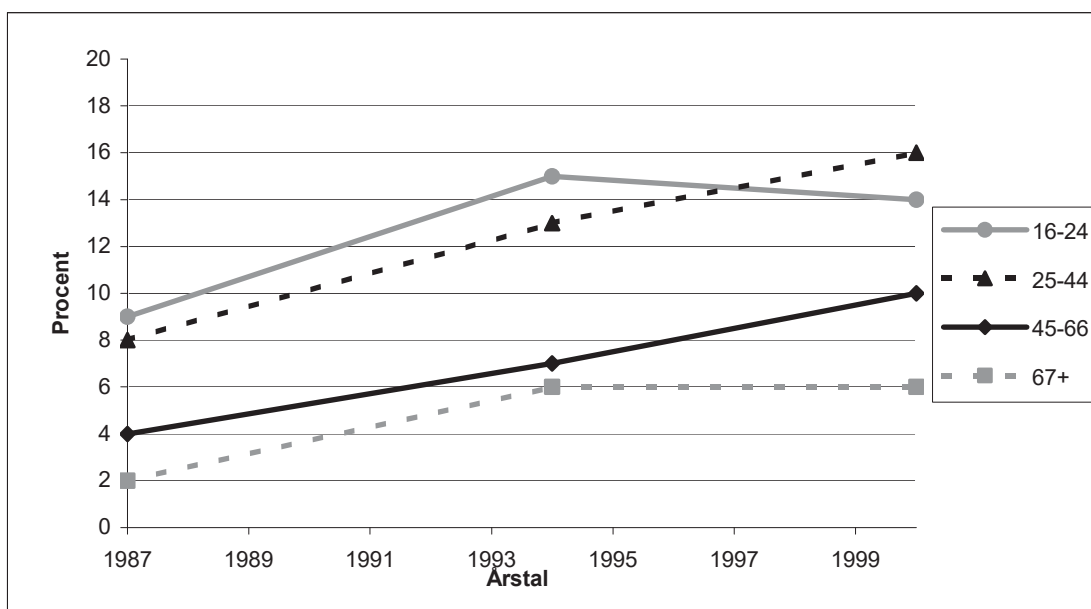


Kilde: Linneberg A *et al.*, 2000.¹¹ Linneberg, 2004¹². Baseret på gentagne tværsnitsundersøgelser i den vestlige del af København i 1990 og 1998. Målt dels ved priktest og selvrapporerede symptomer.

Pollenallergi

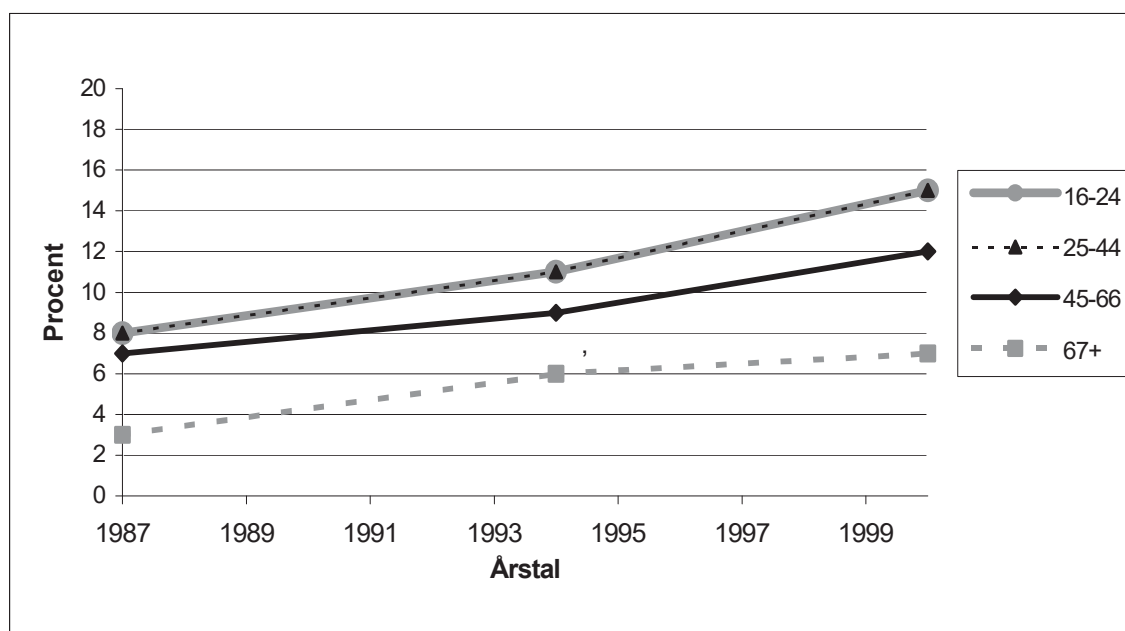
Pollenallergi er den hyppigste form for allergisk snue og forekommer hos mere end 500.000 danskere. 20 – 30 % af patienterne med pollenallergi har astma i forvejen eller udvikler astma i forløbet.⁵ I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra 2000 oplyser 12,5 %, at de har eller har haft årstidsbestemt allergisk snue inden for det sidste år, hvilket kan ses som en indikator for pollenallergi. Forekomsten er illustreret i figur 12 og 13, hvor det ses, at prævalensen er omtrent lige høj blandt mænd og kvinder og højest i de yngste aldersgrupper (fra 16 til 44 år). Kun en relativ lille andel af personerne over 67 år lider af årstidsbestemt allergisk snue. Forekomsten er steget fra 6,5 % i 1987 til 12,5 % i 2000, hvilket næsten er en fordobling.²

Figur 12: Andelen af mænd med årstidsbestemt allergisk snue indenfor det seneste år målt i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Figur 13: Andelen af kvinder med årstidsbestemt allergisk snue indenfor det seneste år målt i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjøller, M *et al.* 2002²

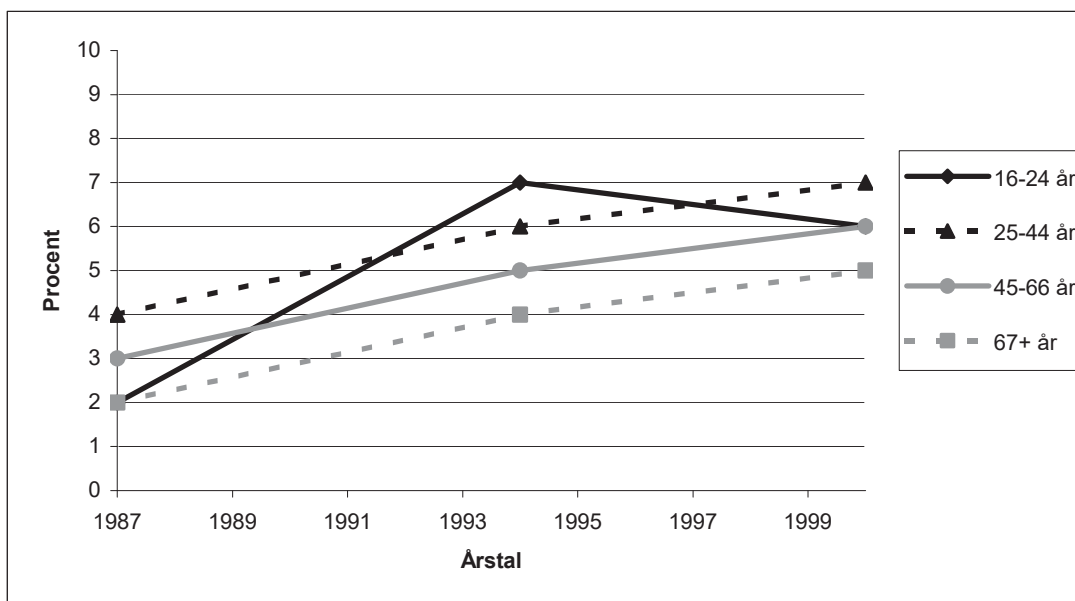
Forekomst hos børn

Allergisk snue forekommer hyppigst hos en mindre andel af børn end voksne. Den sæsonbetingede allergiske snue findes hos ca. 2 % af 6 - 8-årige, ca. 7 - 8 % i skolealderen og hos ca. 15 - 20 % af yngre voksne.⁵

Anden allergisk rinit

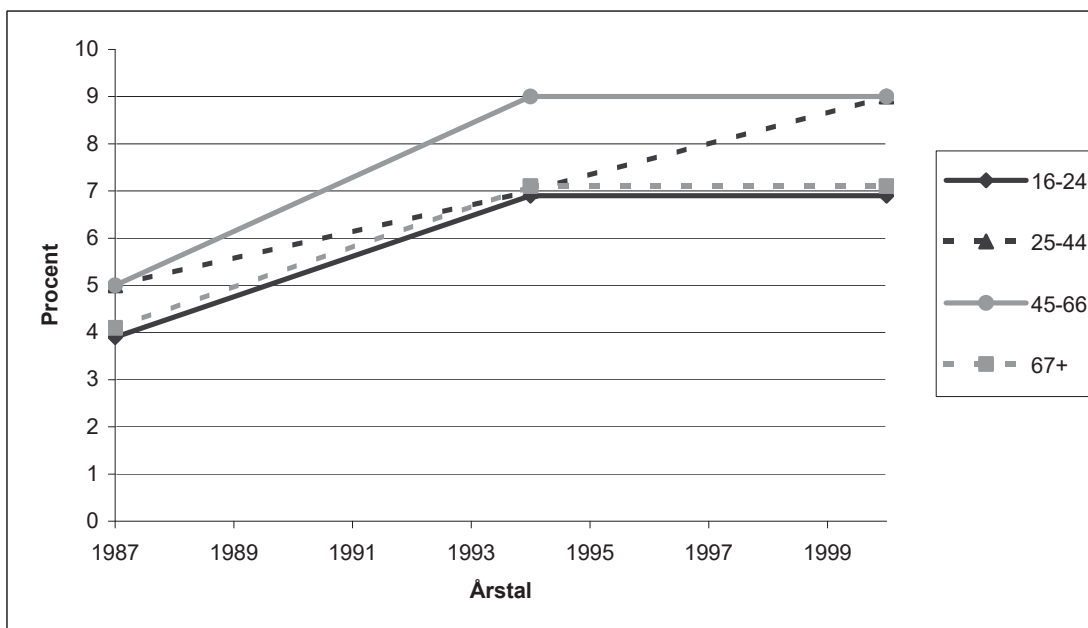
Anden allergisk snue, som ikke er allergi mod pollen, optræder i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2000 hos 7,5 % af befolkningen. Lidt flere kvinder end mænd lider af anden allergisk snue (med undtagelse af personer over 80 år), idet 6,4 % af mændene og 8,6 % af kvinderne har haft anden allergisk snue inden for det seneste år. (Se figur 14 og 15) Forekomsten er næsten fordoblet siden 1987, og stigningen i anden allergisk snue ses for begge køn og i alle aldersgrupper.²

Figur 14: Andelen af mænd med anden allergisk snue indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Figur 15: Andelen af kvinder med anden allergisk snue indenfor det seneste år i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²
Baseret på spørgeskemaundersøgelse

Diagnosevalidering – allergisk rinit

Diagnosen allergisk rinit kan i epidemiologiske studier baseres både på symptomer og/eller objektive mål, hvilket kan medføre varierende estimeringer af forekomsten.

Ud fra symptomerne kan det være svært at skelne enkelte sygdomme fra hinanden, idet f.eks. snue kan have en række forskellige tilgrundliggende årsager. Dels er der allergisk snue, både pollenallergi og anden allergisk snue (pelsdyr, støvmider, m.m.), og dels er der en ikke-allergisk betinget form for snue. Pollenallergi kan forveksles med forkølelse og med anden tendens til snue. Yderligere er der mange, som lider af allergisk snue – både årstidsbestemt og uafhængigt af årstiderne.³

Ved selvrapporterede mål kan det ikke udelukkes, at stigningen skyldes øget erkendelse af sygdom og symptomer. Påvisning af IgE-sensibilisering er et anerkendt mål, men der kan imidlertid også forekomme fejlagnostiseringer trods anvendelsen af priktest, idet metoderne har skiftet over tid. F.eks. er der i undersøgelserne fra Glostrup-kohorten anvendt to forskellige metoder i de respektive undersøgelsesår.^{11;12} Yderligere er forekomsten af allergisk rinit i Glostrup sandsynligvis højere end den er i resten af landet, da der generelt er observeret en højere forekomst af allergi i Hovedstadsområdet end i resten af landet.

Den aldersafhængige forekomst af allergisk snue kan skyldes, at symptomerne på pollenallergi ofte aftager med alderen, og derfor ses der en høj forekomst primært blandt de yngre. Den høje forekomst blandt de yngre kan dog ligeledes skyldes, at der primært er sket en stigning i sygdommen i denne gruppe.³ Der er observeret en fødselskohorteforskel i udviklingen af allergiske luftvejssygdomme. Således er IgE-sensibiliseringen steget for personer født efter 1960, mens der ikke er fundet nogen ændringer for personer født før 1960. Gennemsnitsalderen vil således sandsynligvis stige med tiden i takt med, at allergikerne bliver ældre.^{12;13}

En del af stigningen i allergisk snue kan muligvis tilskrives, at der er kommet flere, som ud fra deres symptomer har fået stillet diagnosen på grund af øget fokus og derved øget opmærksomhed på sygdommen fra både læger og befolkning.³ Yderligere er der forskel på eksponeringsstatus over årene. En stigning i pollentallene medfører sandsynligvis, at flere oplever allergisk snue.

Fødevareoverfølsomhed

Fødevarebetinget overfølsomhed er abnorme reaktioner i et eller flere af kroppens organer

forårsaget af en fødevare. Hyppigst er der tale om en reaktion mod mælk, æg, fisk, citrus, tomat, skaldyr, kornprodukter og soja.⁵

Forekomst

Ca. 5 % af alle voksne vil på et tidspunkt opleve reaktioner, som de oplever som fødemiddelallergi. Det antages dog, at det kun er ca. 1 % af befolkningen, som er allergisk overfor komælk, mens færre har allergi overfor andre fødevarer.⁹ Blandt små børn er hyppigheden lidt større, idet 7 - 8 % af de 0 - 3-årige har fødevareoverfølsomhed, og heraf har 2 - 3 % komælksallergi eller -intolerans. Imidlertid er 50 % raske ved 1-års alderen (for mælkeallergi), mens 80 % af mælkeallergikerne får inhalationsallergi ved puberteten.⁵

Diagnosevalidering - Fødevareoverfølsomhed

Fødevareallergi eller fødevareoverfølsomhed bliver ofte forvekslet med en række andre lidelser. Fødevareallergi er forskellig fra fødevareintolerans, men kan ikke klinisk skelnes. 10 - 30 % tror, at de har en abnorm reaktion overfor en fødevare. Dette kan dog kun påvises hos 1,5 % af den voksne befolkning.⁵

De hyppigste lidelser, som ofte forveksles med fødevareoverfølsomhed, er uspecifik diaré, laktosemalabsorption, cøliaki, dyspepsi, mælkedrankere, infektiøses inflatoriske sygdomme og psykiske lidelser. Yderligere kan allergiske lidelser i tarmen forveksles med fødevareallergi eller overfølsomhed.⁵ Derfor er der en del usikkerhed forbundet med en estimering af forekomsten af fødevareoverfølsomhed ud fra selvrapporterede data i befolkningsundersøgelser. De selvrapporterede data vil sandsynligvis føre til en overestimering af prævalensen. På den anden side vil lægediagnosticerede tilfælde sandsynligvis afspejle en underestimering, da mange mildere grader af fødevareoverfølsomhed ikke udredes af lægen.

Nældefeber (urticaria)

Nældefeber er et blegrødt til rødt udslet, som ligner det udslet, der opstår efter kontakt med en brændenælde (urtica er det latinske ord for nælde). Nældefeber kan opstå indenfor minutter og er oftest histaminudløst, hvor der opstår en udbredt hudreaktion med ødem og erythem. Der kan være tale om enten akut eller kronisk nældefeber, men den forsvinder sædvanligvis i løbet af 24 timer uden blivende hudforandringer.⁵

Forekomst

Nældefeber rammer ca. 15 % af befolkningen på et givent tidspunkt og optræder oftest som en akut lidelse.⁵ I henholdsvis 1987 og 1994 er der observeret en etårs-periodeprævalens på 0,9 % af den danske befolkning, mens livstidsprævalensen er estimeret til 4,2 %. Det antages, at der er ca. 0,3 % nye tilfælde om året i Danmark blandt voksne og 0,7 % blandt børn fra 0 - 15 år.

Eksem

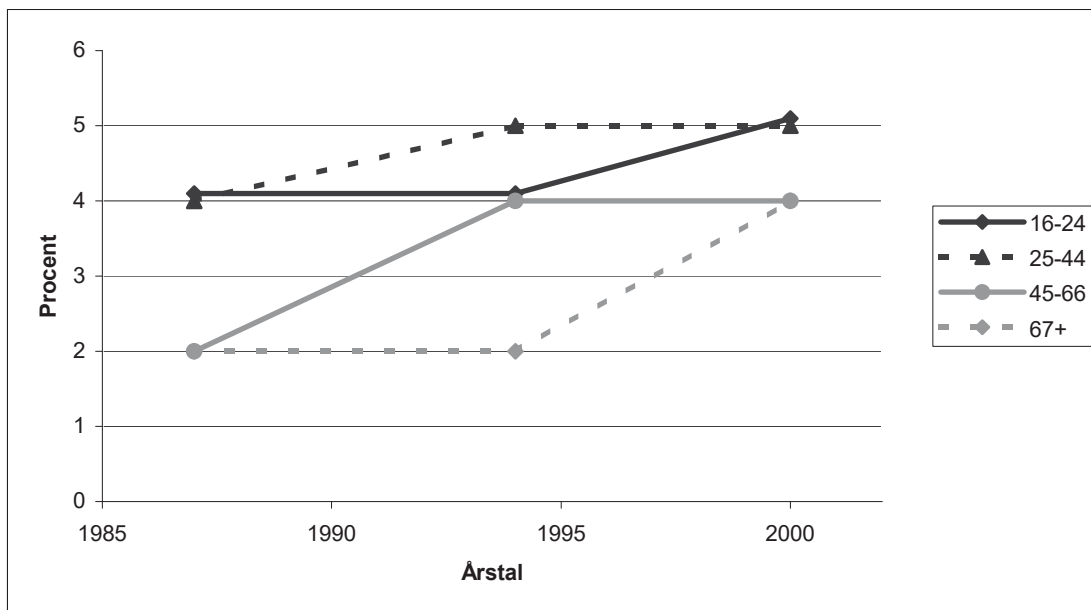
Eksem er et udslet, der varer mindst en uge, og som sidder samme sted på kroppen. Eksem klør og huden bliver rød, ru og tør, eller der dannes små blærer, der væsker.³ Eksem kan både være allergisk betinget og ikke-allergisk. Der findes desuden både akutte og kroniske eksemstilstande. Atopisk dermatitis er en kronisk recidiv eksem sygdom, men er kun sjældent allergisk.

Kontakteksem inddeles i allergisk kontakteksem og irritativ kontakteksem, som ofte ser ens ud. 50 % af alt kontakteksem findes på hænder og fremkaldes hyppigst af kontakt med nikkel, parfume, gummi, konserveringsstoffer i kosmetik og husholdningsprodukter.⁵

Forekomst

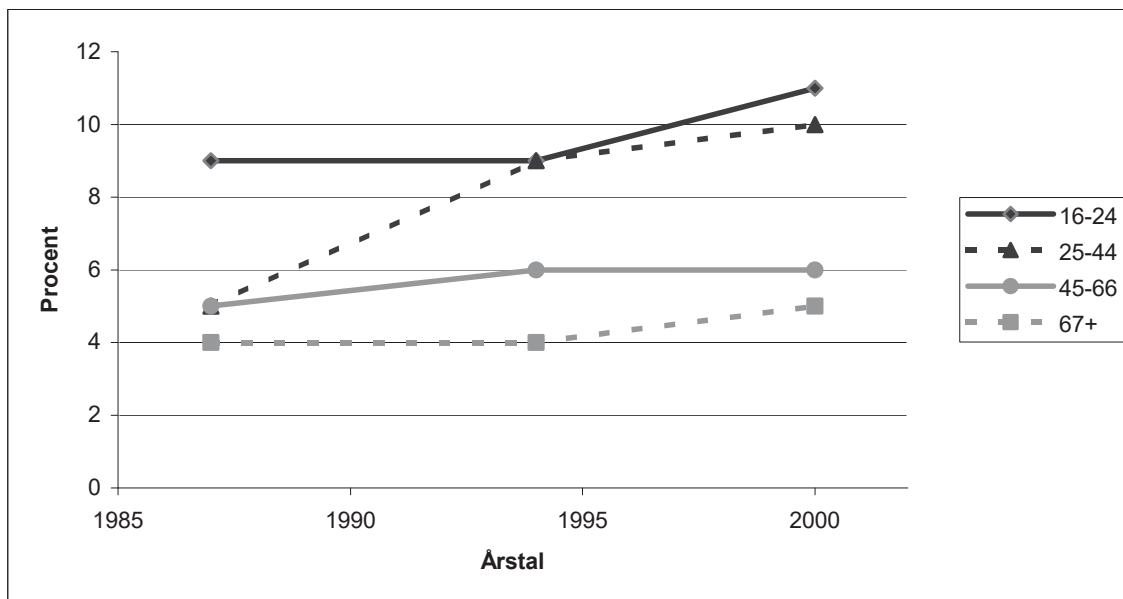
Forekomsten af eksem hos den danske befolkning er ud fra en opgørelse baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, steget fra 4,4 % i 1987 til 6,2 % i 2000. Stigningen i andelen med eksem ses i alle aldersgrupper og for begge køn. (Se figur 16 og 17) Der ses en klar overvægt af tilfælde hos kvinder, idet 7,7 % kvinder og 4,6 % mænd rapporterer, at de lider af eksem. Den højeste andel ses blandt kvinderne i aldersgruppen 16 - 44 år.²

Figur 16: Andelen af mænd med eksem i 1987, 1994 og 2000.



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Figur 17: Andelen af kvinder med eksem i 1987, 1994 og 2000.

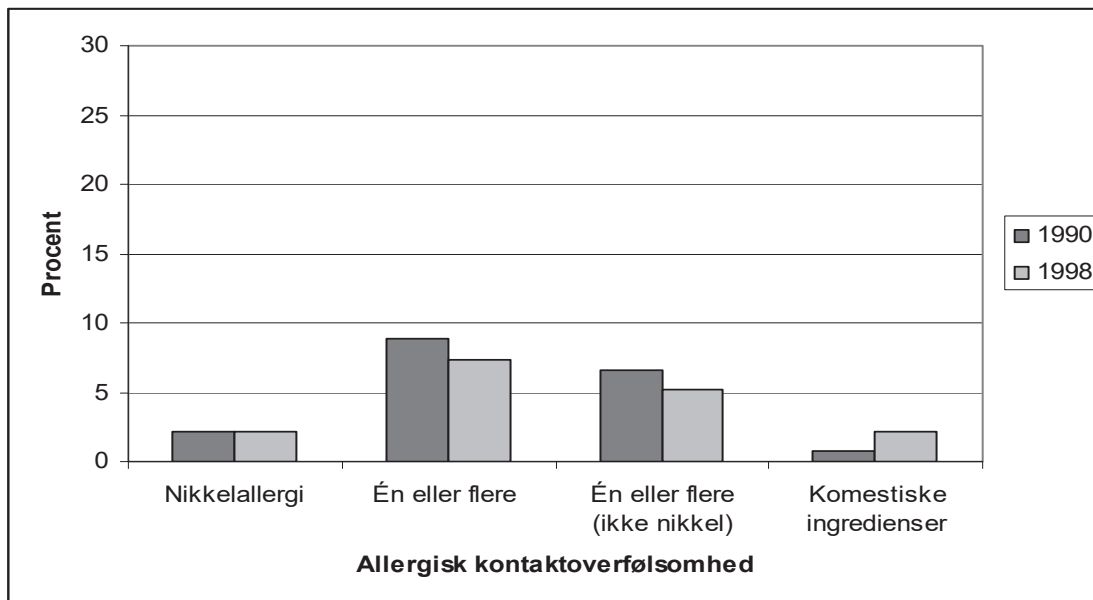


Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002²

Eksem lidelser er, som beskrevet ovenfor, inddelt i flere typer. Børneeksem ses hos 15 - 20 % af befolkningen, hvilket er ca. fire gange så mange som i 1960'erne. Lidelsen ses overvejende hos børn, og 90 % af tilfældene udvikler sygdommen, før de fylder 3 år. Ca. 15 % af de 7-årige børn har haft atopisk dermatitis, og incidensen er stigende. 10 - 15 % har fortsat eksem i voksenalderen, og ca. en tredjedel udvikler som voksne irritativ håndeksem.⁵

Kontakteksem er den hyppigst anerkendte erhvervssygdom i Danmark og rammer typisk kvinder i 20-, 30- og 40-års alderen. Ca. 15 - 20 % af befolkningen har kontaktallergi overfor kemiske stoffer, og der er fundet en stigning i kosmetisk relaterede allergener, som dog ikke er signifikant.⁹ I en gentagen tværsnits-undersøgelse med en 8-årig follow-up-periode er prævalensen for en række specifikke kontaktallergiske lidelser observeret, hvor der ses en generel stigning i alle former for kontaktallergi. (Se figur 18 og 19) Andelen, der har mere end en positiv plaster-test for allergisk kontakteksem, er steget fra ca. 15 % i 1990 til ca. 20 % i 1998, og andelen med nikkelallergi, hvilket er den hyppigste form for kontaktallergi, er steget fra 7 % i 1990 til 11 % i 1998.^{14;15}

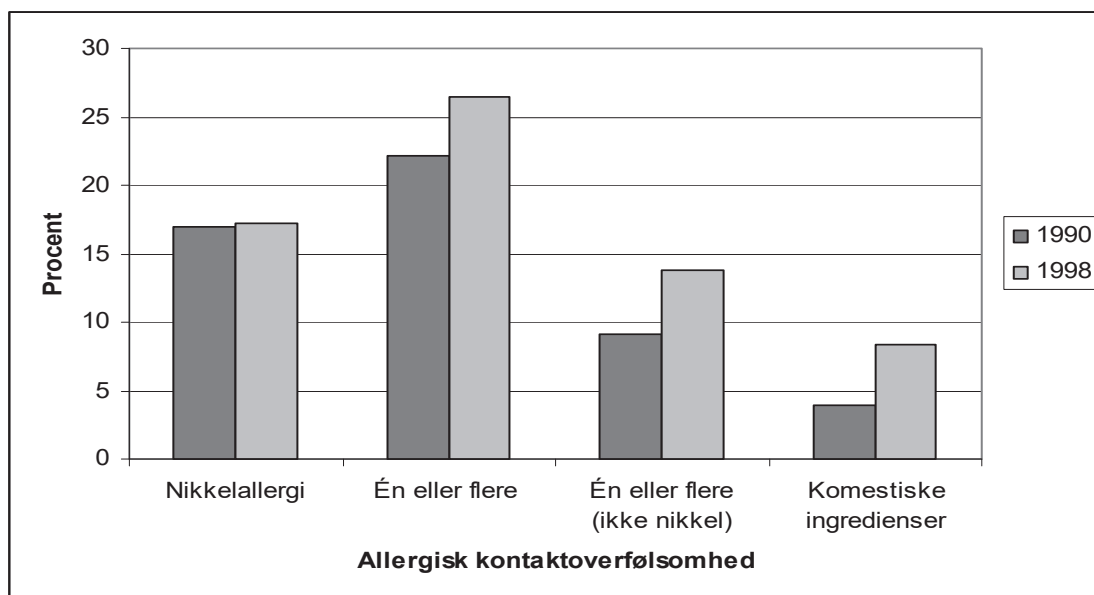
Figur 18: Prævalensen af allergisk kontaktoverfølsomhed hos 15-41-årige danske mænd i 1990 og 1998.



Kilde: Nielsen, NH, 2001¹⁴

Baseret på undersøgelse af befolkningen i Glostrup. Overfølsomhed er defineret som en positiv TRUE-test.

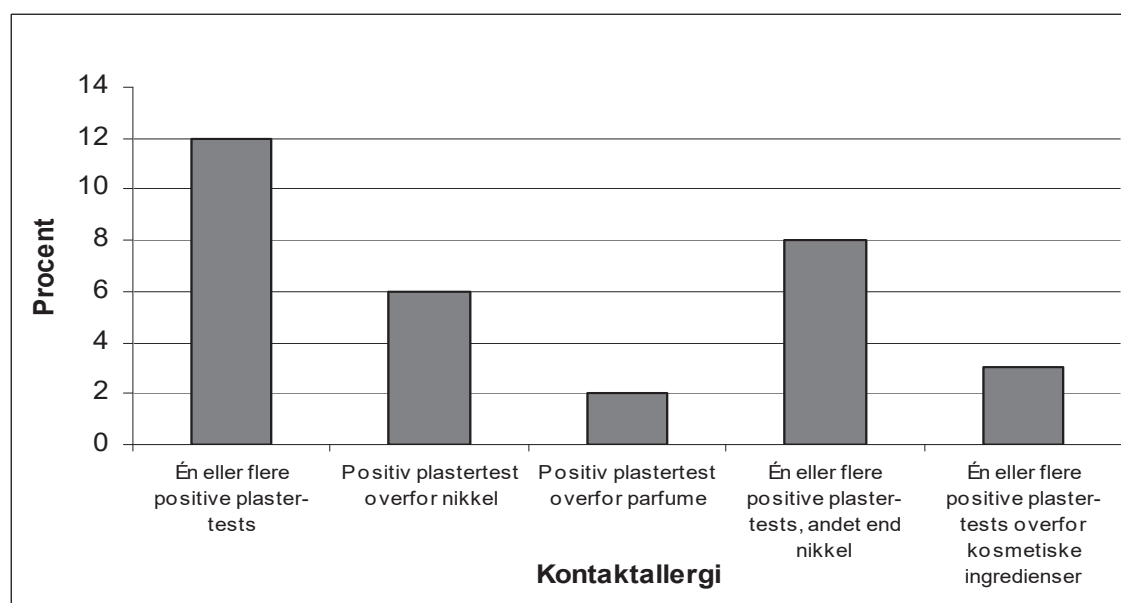
Figur 19: Prævalensen af allergisk kontaktoverfølsomhed hos 15-41-årige danske kvinder i 1990 og 1998.



Kilde: Nielsen, NH, 2001¹⁴. Baseret på undersøgelse af befolkningen i Glostrup. Overfølsomhed er defineret som en positiv TRUE-test.

Ca.10 % af den voksne befolkning rammes årligt af kontakteksem, og incidensen er stigende.^{1:9} På figur 20 ses incidensen for udviklingen af kontaktallergi fra 1990 til 1998, og det ses, at 12 % udviklede en kontaktallergi i løbet af en 8-årig periode. Der er desværre ikke kendskab til andre danske incidensopgørelser på området.

Figur 20: Incidensen af kontaktallergi målt i en followup periode på 8 år fra 1990 til 1998.



Kilde: Nielsen, NH, 2002¹⁵. Incidensen er baseret på det antal personer testet negativt i 1990, som testes positivt i 1998.

Diagnosevalidering – Eksem

Der er forskellige former for eksem, og det må forventes, at der er en del usikkerhed blandt selvrapporterede besvarelser om hvorvidt, der er tale om kontaktallergi eller ej, fordi allergi forårsaget af hudirritation er svært at skelne fra eksem forårsaget af allergener.³ Håndeksem er ofte multifaktoriel, og allergi på huden dækker både over eksemer og udslæt.³ Den vanskelighed, der ligger i at skelne allergisk eksem fra ikke-allergisk eksem, skal derfor ikke undervurderes. Der er erfaring for, at ca. en tredjedel af alle eksemer er allergisk betinget, og derfor har noget med kontaktallergi at gøre.^{3;5} Ved test for kontaktallergi anvendes ofte en plaster-test. I studier baseret på befolkningen i Glostrup er testen kun aflæst på anden dagen, hvilket sandsynligvis underestimerer forekomsten.¹⁴ Ligeledes kan der forekomme variationer i plaster-testens reaktionsevne, og manglende reaktion udelukker i realiteten ikke muligheden for kontaktallergi.¹⁶

Forekomsten af eksem varierer med tiden, og punktprævalensen af eksem er derfor lavere end etårs- og livstidsprævalensen. Eksemproblemer aftager ofte med alderen, og for det meste er børneeksem forsvundet, når individet kommer i voksenalderen, samtidig med at der generelt er en mindre belastning af huden.³ Derfor er det primært de yngre aldersgrupper, der lider af eksem.

Årsagen, til at flere angiver at have allergisk eksem nu end tidligere, kan være, at der reelt er flere eksemer, der er allergisk fremkaldt, eller at der er en større forståelse for og opmærksomhed på allergisk eksem.³

Anden overfølsomhed

Der findes en række andre mindre hyppige overfølsomhedslidelser heriblandt insektallergi og lægemiddelallergi. Insektallergi er sensibilitet overfor insektgift, hvor der udvikles lige fra lette allergiske symptomer til anafylaktisk chock med døden til følge. De hyppigste forekommende insektallergier er overfor honningbi, hveps, humlebi eller gedehans, som er ansvarlig for 1 - 2 dødsfald i Danmark pr. år. Risikoen for at dø er højere hos ældre og lavere hos børn.⁵ Overfølsomhedsreaktion overfor et lægemiddel er hyppigst penicillinallergi og NSAID-allergi samt reaktioner overfor lokalanæstetika.⁵

Forekomst

Da de overstående allergityper er relativt sjældne, er der ikke kendskab til studier, der estimerer forekomsten af disse lidelser i befolkningen.

Validering af opgørelsen af incidens og prævalens

Det er vanskeligt at klarlægge et billede af den totale forekomst af overfølsomhedslidelser i Danmark. Det er muligt at estimere prævalensen på baggrund af befolkningsundersøgelser, men det skal understreges, at opgørelsen kun tegner et billede af, hvor mange der inden for det seneste år har lidt af overfølsomhed. Det er væsentligt at skelne punktprævalens, etårs-periodeprævalens og incidens samt livstidsprævalens og incidens fra hinanden, da tallene vil variere betydeligt fra hinanden. Det er vanskeligt at estimere incidens af overfølsomhed, da lidelsen ofte er kronisk, men symptomfri i perioder.

Diagnosticering

I vurderingen af forekomsten er det nødvendigt at træffe et valg om, hvor udtalte symptomerne skal være, før der er tale om en sygdom. Det er mest sandsynligt, at personer med de sværeste og mest behandlingskrævende lidelser kommer til undersøgelse hos den praktiserende læge. Det forventes således, at en del af tilfældene diagnosticeres hos lægen, men mange patienter kan vende sig til allergiske reaktioner og anse dem for normale. Herved vil disse personer sandsynligvis ikke indgå i opgørelser over forekomsten af overfølsomhed.³

Diagnosticeringen kan forekomme på flere måder, og kan foretages på baggrund af sygehistorie, mens der andre gange kræves henvisning til specialist. I de nationale interviewundersøgelser foretaget af Statens Institut for Folkesundhed findes, at 65,8 % af allergikerne har fået konstateret allergien eller overfølsomheden hos egen læge. Der er ikke fundet nogen statistiske forskelle på hvilken diagnosticeringsmetode, der oftest blev anvendt fra 1987 til 1994.³ I diagnosticeringen i almen praksis indgår ofte anamnese, priktest og en pusteprobe, hvorved der opnås en måling af lungefunktionen. Priktest er førstevalg i almen praksis og kan suppleres med specifik IgE-måling. Ca. 90 % af al allergi vil kunne findes ved test. De typiske allergener er pollen, pelsdyr, husstøvmider og skimmelsvampe,⁵ men det er muligt, at patienten er allergisk overfor andet, end hvad der testes for, eller at patienten ikke opsøger lægen for udredning. Hvis kriteriet for en

allergidiagnose er en positiv test for allergi ved lægeundersøgelse, må forekomsten af allergiske lidelser derfor forventes ikke at svare overens med fordelingen i den generelle befolkning.

Problemer med undersøgelsesdesign

Allergi strækker sig fra de mere milde lidelser til de mere alvorlige og livstruende lidelser. Derved vil der være en forskel i forekomsten af allergiske lidelser afhængig af, hvordan prævalensen og incidensen bliver opgjort.

Registerstudier

Mulighederne for at følge udviklingen i astmaforekomsten ved hjælp af Landspatientregistret (LPR) er få. Kun en mindre del af patienter med overfølsomhedssygdomme indlægges – oftest for astma. I den tidlige barnealder er det hyppigst drenge, men allerede fra 15 - 16 års alderen er det piger, og siden kvinder, der hyppigst indlægges. Dødsfald er for børne- og ungegruppens vedkommende yderst sjældne.¹

Registeropgørelser vil desuden være præget af ændringer i kodningspraksis, bedre muligheder for ambulant behandling og ændringer i tærsklen for indlæggelse.¹² Det vil derfor kun være toppen af isbjerget, der ses i en opgørelse over forekomsten af overfølsomhed baseret på indlæggelsesrater, og således må indlæggelser vurderes som et utilstrækkeligt mål.

En alternativ mulighed for en estimering af problemets omfang er at opgøre det registrerede salg af astma- og allergimedicin, men en del antihistaminer og andre medikamenter fås i håndkøb, og det kan ikke vides, hvor meget der reelt anvendes. Derfor er det registrerede salg af astma- og allergimedicin en noget usikker måde at estimere forekomsten af allergi i Danmark på.

Befolkningsundersøgelser

Repræsentative danske befolkningsundersøgelser giver det bedste bud på omfanget af overfølsomhedslidelser, da milde grader af overfølsomhed såvel som mere alvorlige tilfælde vil indgå her.

I befolkningsundersøgelser kan der imidlertid forekomme kilder til fejlestimering af forekomsten. I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er det vigtigt at være opmærksom på, at en estimering baseret på en rapportering af forekomsten indenfor det sidste år dækker over et bredt spektrum af

allergi, idet en stor del vil være plaget størstedelen af året, mens en del kun vil være plaget af allergi lejlighedsvist. Dette faktum er nødvendigt at tage i betragtning, når andelen af allergikere i befolkningen skal vurderes.³ Fordelen er, at et-årsprævalensen må forventes at være højere end ved et mål for punktprævalens, som kun viser et øjebliksbillede, og færre dermed vil have helbredsproblemer.³ Hvis man derimod ønsker en opgørelse over hvor mange, der her og nu er plaget af allergi, vil etårs-prævalensen og livstidsprævalensen sandsynligvis vise en overestimering.

Den fundne stigning i allergi og overfølsomhed kan muligvis tilskrives den større opmærksomhed, som lidelserne har fået både i befolkningen og hos de praktiserende læger. Der er dog internationalt anerkendt evidens, der peger på en generel stigning hos børn, mens der eksisterer mindre evidens, når det gælder forekomsten blandt voksne. Det tyder dog på, at der er sket en reel stigning i antallet af astmatikere, idet en metaanalyse finder en stigning i astmaprævalensen i langt de fleste studier, men denne stigning kan skyldes systematiske fejl i metode.³

Problemer med selvrapporterede data

I befolkningsundersøgelserne er der anvendt selvrapporterede data, hvilket kan føre til forskellige informationsfejl. Ved selvrapportering medtages således den gråzone af mennesker, som ikke er diagnosticerede eller registrerede.

Der kan i befolkningsundersøgelserne, SUSY, dels være tale om en overrapportering og dels en underrapportering. Mennesker har forskellige erkendelsestærskler for sygdom, og før sygdommen kommer til andres kendskab, skal der være en erkendelsestærskel, en rapporteringstærskel, muligvis en lægeundersøgelse og diagnosticering. Overrapportering kan forekomme, hvis respondenterne har en lav tærskel for, hvad der regnes som symptomer på en lidelse. Således er det muligt, at nogle mistolker deres reaktioner og regner dem for allergi.

Det må antages, at størstedelen af dem, som rapporterer at have alvorlig overfølsomhedslidelse, har fået den konstateret hos en læge, men det er muligt, at der er tale om en underrapportering, da mange kan gå med lettere symptomer uden at få dem undersøgt og allergitestet ved lægen. Derved er de ikke klar over, at deres symptomer kan tilskrives allergi.³ Yderligere anser en del ikke deres lidelse for aktuel i de perioder, hvor de ikke er plaget af overfølsomhedens gener. Det må gælde, at jo oftere man mener at have allergi, jo større er sandsynligheden for, at man netop på

interviewtidspunktet vil angive det. Interviewene i SUSY er foretaget i tre runder gennem året, sådan at de tager højde for årstidsvariation,³ men det må forventes, at der stadig er personer uden aktuelle symptomer, som ikke opfanges i undersøgelsen. Yderligere kan der forekomme problemer med at huske, om man har haft det tidligere, eller om lidelsen har haft en anden betegnelse.³ Hukommelsesproblemer vil således kunne præge målet for etårs- og livstidsprævalens.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme). www.sst.dk/Forebyggelse/Folkesygdomme/Astma.aspx?lang=da . 2004.
2. Kjølner M og Rasmussen N.Kr. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
3. DIKE. Astma, allergi og anden overfølsomhed i Danmark - og udviklingen 1987-1994. København: Dansk institut for klinisk Epidemiologi, 1997.
4. Linneberg A, Nielsen NH, Madsen F, Frolund L, Dirksen A, Jorgensen T. Increasing prevalence of specific IgE to aeroallergens in an adult population: two cross-sectional surveys 8 years apart: the Copenhagen Allergy Study. *J Allergy.Clin.Immunol.* 2000;106:247-52.
5. Audit Projekt Odense (APO). Allergiske lidelser. Håndbog om udredning og behandling. Odense: 1999.
6. Magnus P, Jaakkola JJ. Secular trend in the occurrence of asthma among children and young adults: critical appraisal of repeated cross sectional surveys *BMJ.* 1997;314:1795-9.
7. Hansen EF, Rapoport Y, Vestbo J, Lange P. Increase in prevalence and severity of asthma in young adults in Copenhagen. *Thorax.* 2000;55:833-6.
8. Linneberg A, Nielsen NH, Madsen F, Frolund L, Dirksen A, Jorgensen T. Secular trends of allergic asthma in Danish adults. The Copenhagen Allergy Study. *Respir.Med.* 2001;95:258-64.
9. Lund J. Astma og allergi håndbogen. København: Høst og søn , 2002.
10. Petersen P, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, and Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen - en undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2000.

11. Linneberg A, Jorgensen T, Nielsen NH, Madsen F, Frolund L, Dirksen A. The prevalence of skin-test-positive allergic rhinitis in Danish adults: two cross-sectional surveys 8 years apart. The Copenhagen Allergy Study. *Allergy*. 2000;55:767-72.
12. Linneberg AR. Forekomsten af allergisk luftvejssygdomme i Danmark. *Ugeskr.Laeger*. 2004;166:1305-7.
13. Linneberg A, Nielsen NH, Madsen F, Frolund L, Dirksen A, Jorgensen T. Is the increase in allergic respiratory disease caused by a cohort effect? *Clin.Exp.Allergy*. 2002;32:1702-5.
14. Nielsen NH, Linneberg A, Menne T, Madsen F, Frolund L, Dirksen A et al. Allergic contact sensitization in an adult Danish population: two cross-sectional surveys eight years apart (the Copenhagen Allergy Study). *Acta Derm.Venereol*. 2001;81:31-4.
15. Nielsen NH, Linneberg A, Menne T, Madsen F, Frolund L, Dirksen A et al. Incidence of allergic contact sensitization in Danish adults between 1990 and 1998; the Copenhagen Allergy Study, Denmark. *Br.J Dermatol*. 2002;147:487-92.
16. Nielsen NH, Linneberg A, Menne T, Madsen F, Frolund L, Dirksen A et al. Persistence of contact allergy among Danish adults: an 8-year follow-up study. *Contact.Dermatitis*. 2001;45:350-3.

Psykiske lidelser - af Christina Bjørk

Psykiske lidelser	85
Den generelle psykiske sygelighed i befolkningen.....	85
Figur 1: Andelen med et selvrapporteret godt psykisk velbefindende i Danmark i 2000.	86
Psykotiske lidelser	86
Forekomst	86
Figur 2: Incidensen af skizofreni pr. 100.000 person-år.	87
Validitet.....	88
Diagnosevaliditet	89
Affektive tilstande	90
Forekomst	90
Figur 3: Andelen af mænd og kvinder, der har været nedtrykte inden for en 14-dags periode i 2000.	91
Figur 4: Aldersspecifik incidens af bipolære affektive lidelser for mænd og kvinder fra 1970 til 1998.	92
Validitet.....	92
Diagnosevaliditet	92
Nervøse og stressrelaterede lidelser.....	93
Forekomst	93
Figur 5: Andelen af danske mænd, som oplever en ustresset hverdag målt i 1987, 1994 og i 2000.....	94
Figur 6: Andelen af danske kvinder, som oplever en ustresset hverdag målt i 1987, 1994 og i 2000.....	94
Validitet.....	95
Diagnosevaliditet	95
Personlighedsforstyrrelser	96
Forekomst	96
Validitet.....	97

Diagnosevaliditet	97
Forekomst	97
Figur 7: Incidens af spiseforstyrrelser fra Fyns Amt 1977-1984	98
Validitet.....	98
Figur 8: Fordelingen af hvor de diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser opfanges.....	99
Diagnosevaliditet	99
Misbrug.....	100
Forekomst	100
Figur 9: Brug af cannabis blandt unge voksne (15–34 år) i europæiske lande.....	101
Tabel 1: Udviklingen i antallet af stofmisbrugere i behandling fra 1996 til 2003.....	102
Validitet.....	102
Diagnosevaliditet	102
Demens	103
Forekomst	103
Figur 10: Prævalensen af senil demens fra den tredje Østerbroundersøgelse (1992-1994), fordelt på køn og alder.	104
Validitet.....	104
Diagnosevaliditet	104
Referencer.....	105

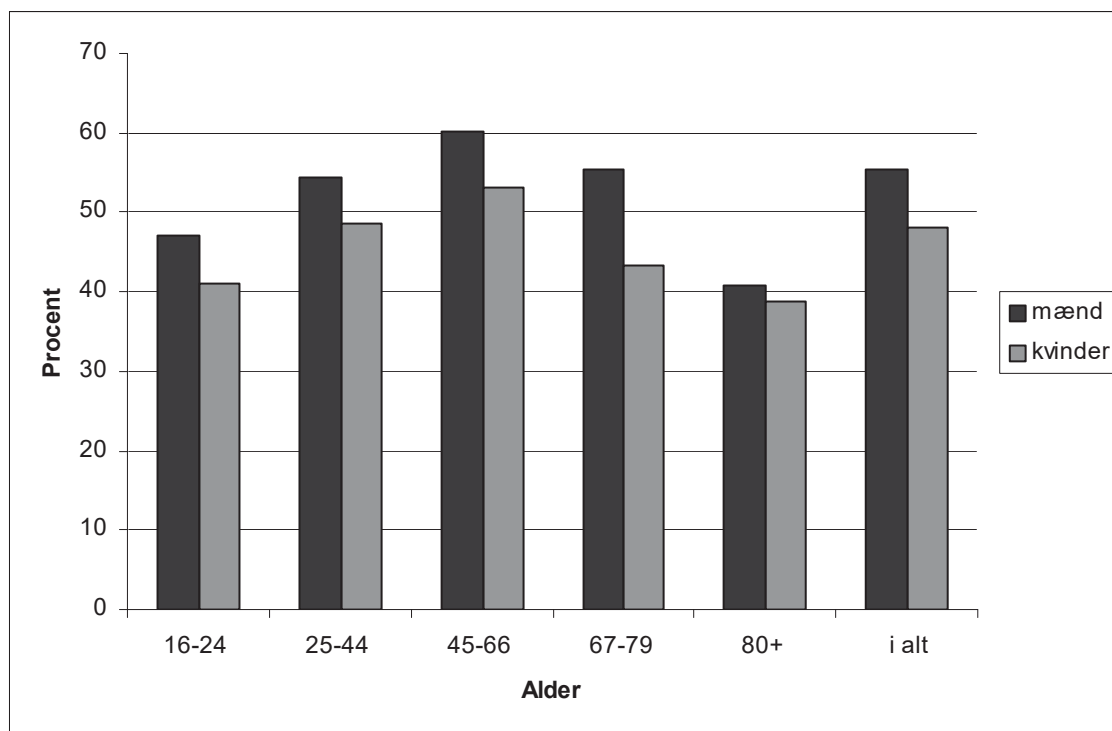
Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et omfattende begreb, som ifølge Sundhedsstyrelsen omfatter alle grader af psykisk sygdom. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens beskrivelse af de psykiske lidelser, afgrænses opgørelsen over incidenser og prævalenser til følgende områder: Den generelle psykiske sygelighed i Danmark, psykotiske sygdomme med psykotiske symptomer (f.eks. skizofreni), samt ikke-psykotiske lidelser såsom affektive tilstande (unipolære og bipolære depressioner), nervøse og stressrelaterede tilstande (f.eks. stress og angst), personlighedsforstyrrelser (f.eks. borderline), spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi), og misbrug (alkohol og euforiserende stoffer). Yderligere beskrives demens (f.eks. Alzheimers, Vaskulær demens m.m.).¹⁻³

Den generelle psykiske sygelighed i befolkningen

Der foreligger ikke faktiske opgørelser på populationsniveau, som afspejler den psykiske sygelighed i den generelle danske befolkning, men hvis resultater fra udenlandske undersøgelser overføres på danske forhold, er det sandsynligt, at ca. 20 % af den voksne danske befolkning i løbet af et år vil opfylde kriterierne for én eller flere veldefinerede psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, som er de langt mest almindelige.⁴ Ligeledes har Statens Institut for Folkesundhed i nationale tværsnitsundersøgelser af befolkningens sundhed og sygelighed forsøgt at estimere den generelle psykiske sygelighed i befolkningen og fundet, at kun 55,4 % mænd og 48,2 % kvinder rapporterer, at de har et godt psykisk velbefindende, og det synes at være uændret fra 1994 - 2000.⁵ (Figur 1). Disse tal er et bud på den generelle psykiske sundhedstilstand i befolkningen, dog er det stadig uklart, hvordan det forholder sig med den psykiske sygelighed i den danske befolkning.

Figur 4: Andelen med et selvrapporteret godt psykisk velbefindende i Danmark i 2000.



Kilde: Kjøller, M. *et al.* 2002⁵

Som beskrevet ovenfor spænder psykiske lidelser bredt over en række sygdomme og tilstande af forskellig karakter og alvorlighed. Mulighederne for og validiteten af at estimere incidensen og prævalensen varierer derfor afhængig af lidelsens alvorlighed og karakter. De sværeste psykiske lidelser, f.eks. psykotiske lidelser, præger ofte indlæggelsesraterne, mens de ikke-psykotiske ofte ses i det ambulante forløb, i den almene praksis eller hos praktiserende psykologer.^{4;6}

Psykotiske lidelser

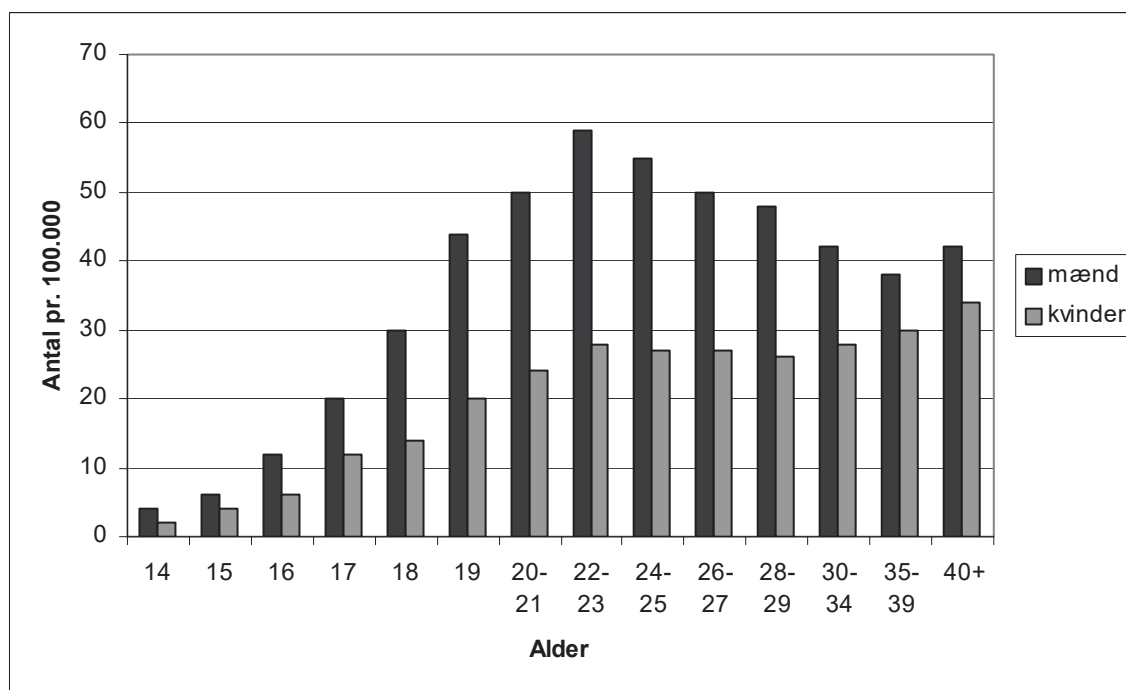
De psykotiske lidelser dækker over de sygdomme, hvor man har nedsat realitetsopfattelse. Der findes på nuværende tidspunkt ingen opgørelser over hele gruppen af skizofreni og andre beslægtede lidelser, som er nævnt i WHO's internationale klassifikationsbeskrivelse, ICD-10, men kun for udvalgte lidelser indenfor området.

Forekomst

I en konsensusrapport fra Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og DSI fra 1992 skønnes, at 12 - 20.000 danskere har skizofreni, og at der er 4 - 8 nye tilfælde pr. år pr 100.000.⁷ I en

registerundersøgelse, baseret på Det Psykiatriske Centralregister i Århus (DPCR) og Landspatientregistret, er antallet af førstegangsdagnosticerede skizofrenitilfælde fulgt fra 1970 til 1998. I alt udvikler 10.264 ud af 2,66 mio. danskere skizofreni gennem hele perioden. (Figur 2) Incidensen for mænd toppe i 22 - 23 års alderen med 58,8 tilfælde pr. 100.000 person-år til forskel fra kvinder, hvor incidensen toppe efter 40-års alderen med 33,8 tilfælde pr. 100.000 person-år.⁸ Incidensen har i en metaanalyse vist sig at være højere for mænd end kvinder med en ratio på 1,4.⁹

Figur 5: Incidensen af skizofreni pr. 100.000 person-år.



Kilde: Pedersen C.B. og Mortensen P.M 2001⁸. (Grafen er lavet på basis af tal aflæst fra anden graf)

Opgørelsen er fordelt på køn og alder i en dansk kohorte på 2,66 millioner mennesker fulgt fra 1970 til 1998. I alt udvikler 10.264 skizofreni i løbet af en followup periode på 50,7 mio. person-år.

Graden af urbanisering har vist sig at have en indflydelse på incidensen af skizofreni. Forudsat en kausal sammenhæng og trods muligheden for diagnostiske forskelle rundt omkring i landet har gennemsnitsincidensen pr. 100.000 vist sig at være betydelig højere i Hovedstadsområdet end i resten af landet.^{8;10}

Incidensen, målt på førstegangsendlæggelser, er de seneste år steget fra ca. 3,8 og ca. 6,0 pr. 100.000 for henholdsvis kvinder og mænd i 1980 til ca. 7,5 pr. 100.000 kvinder og ca. 14 pr. 100.000 mænd i 1997.¹¹ Denne stigning er sket efter et fald i antallet af førstegangsendlæggelser for begge køn fra mellem ca. 8 - 12 pr. 100.000 til ca. 4 - 9 pr. 100.000 fra 70'erne til 80'erne.^{12;13}

Validitet

Begrebet incidens dækker over antallet af nye tilfælde i befolkningen, og antallet af nye tilfælde opfanget i hospitalsvæsnet dækker hermed ikke nødvendigvis over den reelle incidens, idet ikke alle nye tilfælde forventes at overskride tærsklen til det psykiatriske hospitalsvæsen og hermed blive opfanget.¹⁴ Førstegangsinlæggelse eller førstegangskontakt kan sidestilles med incidensen af behandlede patienter, og idet de psykotiske lidelser er alvorlige og tungtvejende, må det forventes, at størstedelen af tilfældene dog opfanges af behandlingssystemet, og den reelle forekomst dermed afspejles i registre. Der er derfor ikke foretaget egentlige befolkningsundersøgelser, idet incidens og prævalens for psykotiske lidelser afspejles på fornuftig vis ud fra opgørelser i DCPR.

En af de unikke muligheder, som vi har i Danmark, er, at anvende statistisk materiale fra DCPR, som er et elektronisk register fra 1969 indeholdende systematisk indsamlede data af høj validitet om alle psykiatriske indlæggelser.^{15;16} Den høje validitet er blandt andet opnået ved, at der siden 1995 også er oplysninger om ambulante patienter i registret, hvilket er af stor betydning, da mange psykiatriske patienter behandles ambulante. Dette skal der tages højde for i registreringen før 1995 og umiddelbart efter, da mange ikke angiver tidligere indlæggelser, og dermed falske figurer som førstegangskontakt til systemet.⁸

I og med at registeret bygger på antallet af psykiatriske indlæggelser og ambulante behandlinger, er det følsomt overfor ændringer i behandlingsskapacitet. Studier viser f.eks., at organisatoriske forhold og brugen af ressourcer, såsom adgangen til og ændringer i behandlingsskapaciteten påvirker incidens- og prævalensopgørelser.^{9;11} Øges brugen af behandlere uden for hospitalet, vil antallet i registre sandsynligvis falde,¹⁷ mens nyere forskning har vist, at oplysning og uddannelse af befolkningen om psykoser øger antallet af nye skizofrene tilfælde. Derfor foreligger der en mulighed for en underestimering af den sande incidens.⁹

Der er dog en mindre del af de skizofreniramte, som aldrig kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.⁷ Skizofreni og borderline tilstande er hyppige diagnoser blandt de hjemløse.¹⁸ Hvis de ikke kommer i behandling og dermed ikke figurerer i statistikkerne, vil det medføre en underestimering af forekomsten. Yderligere kan selvmord være en konsekvens af at lide af en psykisk sygdom eller af at være i en psykisk ustabil tilstand. Det skønnes, at 15 % af de, der har en

affektiv lidelse eller et misbrug*, begår selvmord, mens 10 % af de skizofrene begår selvmord.¹⁹ Selvmordsrisikoen er størst i de tidligste faser af sygdommen, især blandt mænd, hvilket kan betyde, at der muligvis ingen kønsforskel er i den sande forekomst, trods en observeret overvægt hos mænd.¹⁸ Selvmordsraten kan derfor have indflydelse på forekomsten af førstegangsinlæggelser i Danmark og er nødvendig at tage i betragtning, selvom det er en beskedent andel af selvmordene, der begås af skizofrene.

Diagnosevaliditet

Endvidere kan der ligge problemer i diagnoseafgrænsningen, og i at den diagnostiske praksis har ændret sig over tid. Den psykiatriske diagnose er en faglig betegnelse for en gruppe symptomer. I 1994 gik man fra de ætiologiske orienterede ICD-8 diagnoser til de mere symptom-orienterede ICD-10 diagnoser.¹⁴ I ICD-10 er der afskaffet enkelte betegnelser (psykose, neurose, psykogen, endogen, psykosomatisk og grænsetilstande), og ordet nervøs anvendes i stedet for neurotisk.³ Derfor er det nødvendigt at træffe et valg om hvilke diagnoser, der inkluderes i studier, der forløber over perioder med de to forskellige diagnosesystemer. Yderligere er der internationale sammenligningsbegrænsninger, idet der i Danmark er et mere snævert skizofrenibegreb end i andre lande. Forekomsten af skizofreni i Danmark synes af denne grund lavere end i andre nationer.^{9;14}

Diagnosestabiliteten er generelt begrænset for psykiske lidelser, men er dog større for skizofreni end for andre psykiske lidelser som f.eks. funktionel psykose og ikke-psykotiske tilstande. Mange, som får diagnosen skizofreni, har forud for denne diagnose været diagnosticerede med beslægtede lidelser.²⁰ Netop af denne grund er der i de fleste studier kun inkluderet personer over 15 år, da en valid diagnose typisk ikke stilles før samt for at undgå en inklusion af børn, som får en diagnose i forbindelse med moderens indlæggelse.¹⁴ Op imod 50 % af alle patienter, der får diagnosen skizofreni, har ved deres første indlæggelse været klassificeret under en anden diagnose.^{18;20;21} Validiteten af incidensstudierne øges derfor ved at anvende ”førstegangskontakt eller indlæggelse med skizofreni”, i stedet for ”førstegangsdiagnosen skizofreni”. Dette mindsker risikoen for at evt. prævalente tilfælde inkluderes i opgørelserne. Et studie viser dog, at når først skizofreni er givet som hoveddiagnose, kommer diagnosestabiliteten helt op på 80 %.²² Det peger på, at der er flere skift til end fra skizofrenidiagnosen.¹⁴

* Se i øvrigt forekomsten af misbrug

Diagnosevariationen kan skyldes et ”popularitets”-skifte eller en modificering af de diagnostiske kriterier. F.eks. kan et fald i antallet af skizofrene skyldes, at de hyppigere diagnosticeres som paranoide, manio-depressive eller som lidende af personlighedsforstyrrelse.^{17;22} Faldet i skizofrenitilfælde op til 1990’erne ses samtidig med, at der er en stigning i antallet, der førstegangsdiagnosticeres med borderline.²³ Det er ofte de milde grader af skizofreni, som ligner borderline-tilstande, og derfor kan et fald i diagnosen skizofreni samtidig med en stigning i borderline være et udtryk for, at der er flere mildere former end alvorlige.¹⁷

Affektive tilstande

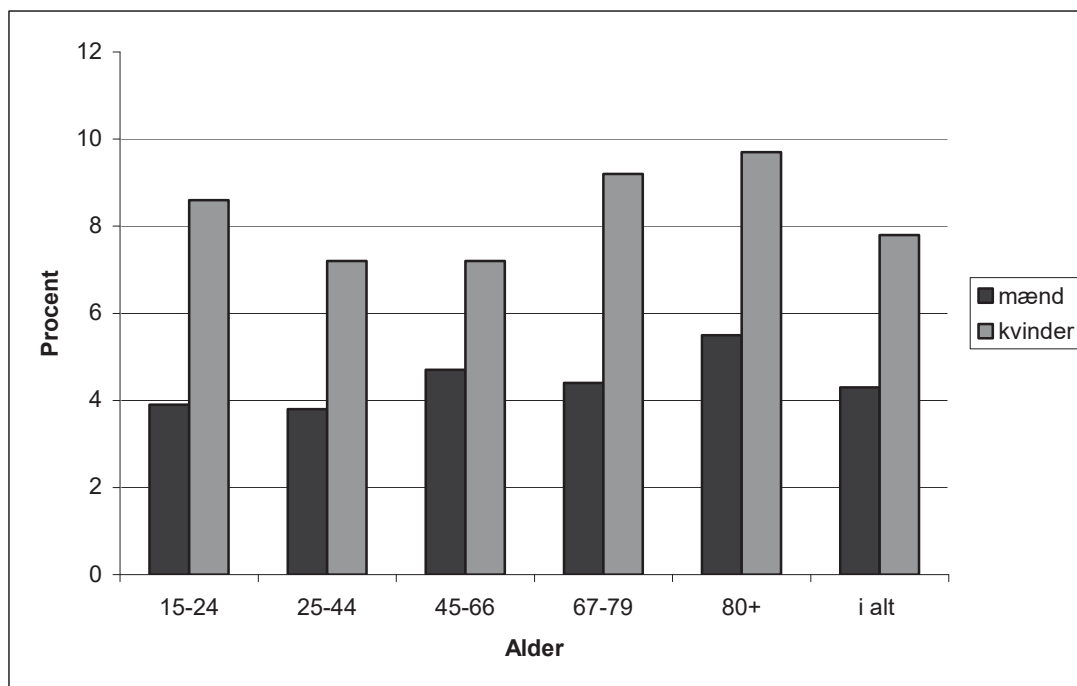
Affektive lidelser er et spektrum af lidelser med forandringer i stemningslejet snarere end enkeltstående og afgrænsede sygdomsenheder. Der skelnes mellem affektive sindslidelser og affektive tilstande, således at affektive sindslidelser er forbigående episoder med udtalte symptomer af forskellig sværhedsgrad, som kan vare fra dage til måneder, og affektive tilstande er vedvarende stemningsforstyrrelser, der kan vare i årevis.³ Således er der en stor spændvidde fra lette depressive og maniske symptomer til svære affektive lidelser.

Forekomst

Der findes ingen egentlige danske befolkningsstudier af prævalensen og incidensen af affektive lidelser, men i udenlandske studier har man fundet høje 6 - 12 måneders prævalenser af depression på 2,6 - 5,5 % for mænd og 6,0 - 11,8 % for kvinder. Det er således sandsynligt, at forekomsten af depressive lidelser i Danmark vil ligge mellem 2 og 5 % for mænd og mellem 5 og 8 % for kvinder.⁴ Herudfra antages det, at omkring 150.000 danskere (3 %) på et givet tidspunkt vil lide af depression, og 5 % af danskerne inden for et år vil udvikle depression. Heraf vil ca. 10 % udvikle et kronisk forløb. Der er her tale om personer, som opfylder den depressive diagnose, men hvis der derimod ses på andelen med depressive symptomer, vil tallet være 5 gange så stort.^{24;25}

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2000 blev der spurgt til prævalensen af nedtrykthed. Her angiver 4,3 % af mændene og 7,8 % af kvinderne at være nedtrykte inden for en 14-dages periode. (Figur 3) Forekomsten er størst i aldersgrupperne 15 - 24 år (henholdsvis 3,9 % for mænd og 8,6 % for kvinder) og 80+-årige (5,5 % for mænd og 9,7 % for kvinder). Forekomsten af nedtrykthed er steget fra 5,2 % i 1987 til 6,4 % i 1994, for derefter at falde til 6,0 % i 2000.⁵

Figur 6: Andelen af mænd og kvinder, der har været nedtrykte inden for en 14-dags periode i 2000.

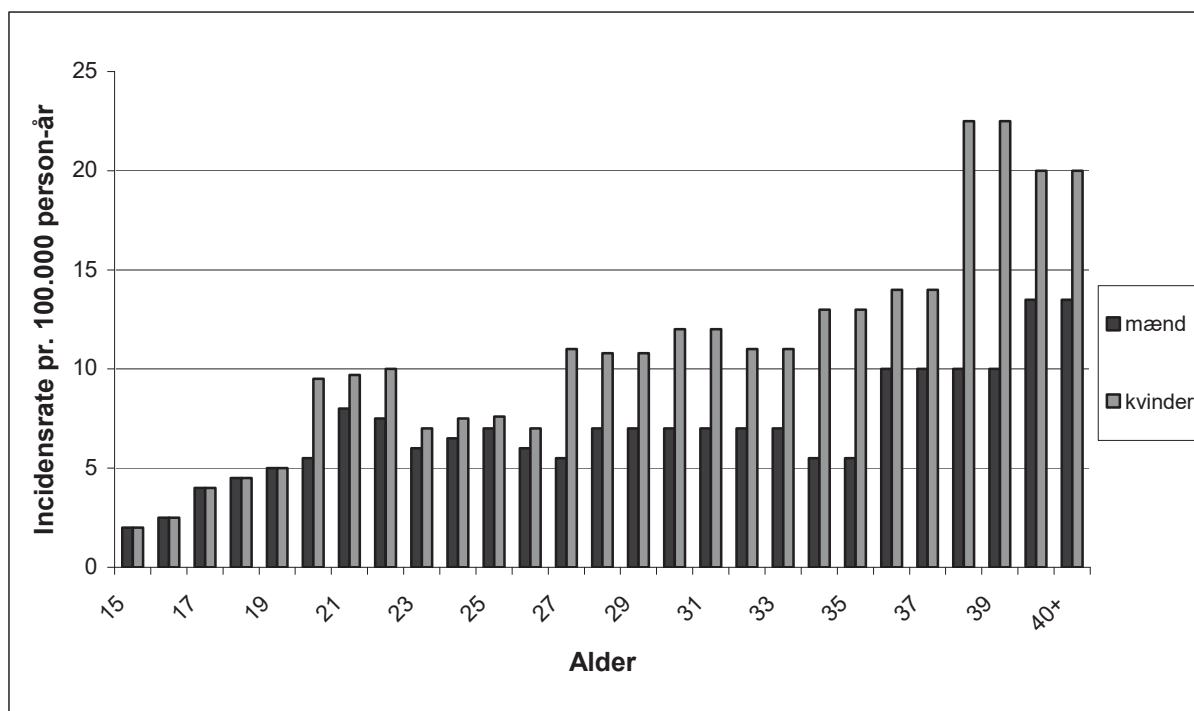


Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2002⁵

Et andet eksempel på en estimering af mildere grader af affektive lidelser er en befolkningsundersøgelse, hvori prævalensen af vinterdepression er estimeret. 12,4 % opfyldte kriterierne for vinterdepression, hvoraf hovedparten af dem var kvinder.²⁶ Endnu en gren af depressionerne er fødselsdepressioner. Der er fundet, at op imod 10 % af alle nybagte mødre udvikler depressive symptomer 2 - 4 uger efter fødslen.²⁵

Det vil kun være de sværeste tilfælde, som registres i det psykiatriske behandlingssystem. I et registerstudie fra 1997 tyder det på, at antallet af indlæggelser for affektive lidelser er faldet fra 25,3 pr. 100.000 i 1977 - 1991 til 14,2 pr. 100.000 i 1991 - 1993.^{27;28} I et follow-up studie fra 1970 - 1998 er incidensen af bipolære affektive lidelser blevet bestemt både i relation til alder og køn. (Figur 4). Incidensen toppes både for mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe med 13,3 pr. 100.000 person-år for mænd og 19,8 pr. 100.000 person-år for kvinder. Som det afspejles i figur 4, har kvinderne en højere incidensrate i alle aldersgrupper over 20 år.²⁹

Figur 7: Aldersspecifik incidens af bipolære affektive lidelser for mænd og kvinder fra 1970 til 1998.



Kilde: Mortensen PB, *et al*, 2003²⁹ (Incidensraten er aflæst fra anden graf)

I alt 2.299 udvikler en bipolære affektiv lidelse i løbet af 31,8 mio. person-år i follow-up perioden.

Validitet

De affektive lidelser spænder bredt og kan ses som et kontinuum, der går fra de sværeste indlæggelseskrævende depressioner til mildere grader af depressioner, som enten er ubehandlede eller behandles uden for hospitalerne hos speciallæger eller hos praktiserende læge. Derfor er der stor variation i forekomst af lidelserne afhængig af hvilken kilde, der benyttes. I DPCR kan der findes oplysninger om, hvor mange der indlægges eller behandles i ambulant regi for affektive lidelser. Affektive lidelser i mildere grad fanges ikke i registeropgørelser. Udtræk fra DPCR viser kun toppen af isbjerget, idet det skønnes, at ca. halvdelen af de, som bør behandles, ikke bliver behandlet²⁵, og at 50 - 80 % af patienter med depressive episoder bliver behandlet i almen praksis.³⁰ Derfor er det nødvendigt at se på befolkningsundersøgelserne for at få et indtryk af sygeligheden i den generelle befolkning.

Diagnosevaliditet

Anvendelsen af ICD-10 kriterierne har vist sig at være velegnede og valide til anvendelse i almen praksis.³¹ Dog bygger diagnosesystemet på et princip, der gør, at en diagnose højere i hierarkiet

udelukker en diagnose længere nede. Det kan endvidere være vanskeligt at afgøre om en affektiv lidelse er primær eller sekundær til andre psykiatriske lidelser, og enkelte tilstande kan være udviklet i forbindelse med anden behandling (f.eks. prednisonbehandling).³² Desuden kompliceres afgrænsningen af den co-morbiditet, som er mellem affektive lidelser og andre psykiske lidelser såsom demens, misbrug, angst, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser.

I nyere studier har man forsøgt at skelne skarpere mellem affektive lidelser og affektive symptomer, men en øget tærskel for diagnosticeringen kan medføre, at der er et øget antal af depressive, som ikke opfanges.³²

Nervøse og stressrelaterede lidelser

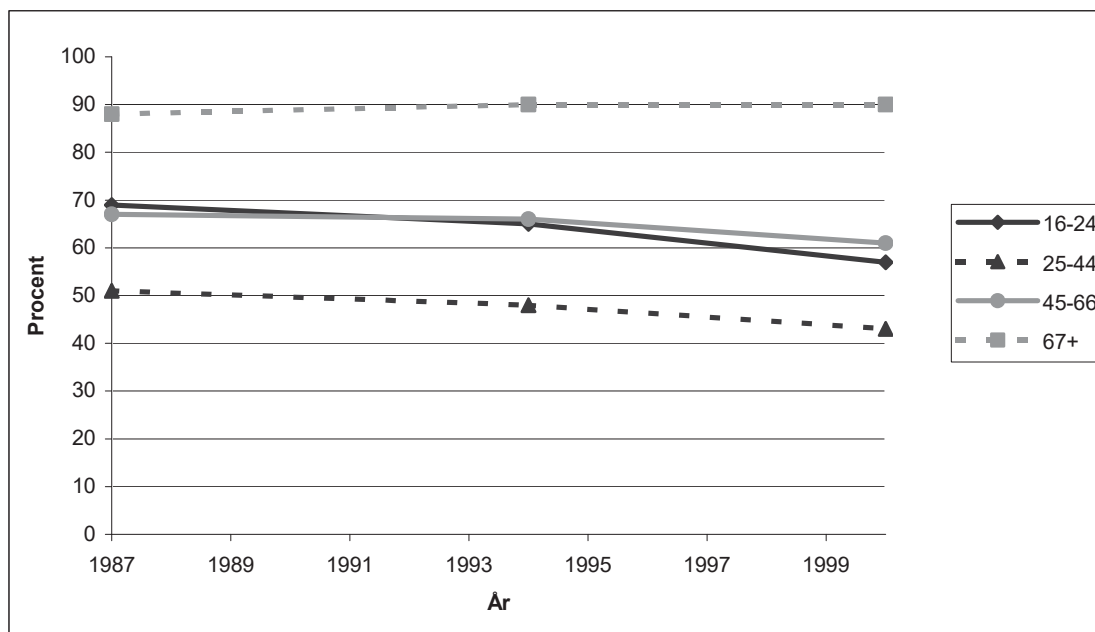
De nervøse og stressrelaterede lidelser er ikke-psykotiske lidelser, som omfatter et bredt spektrum bl.a. angsttilstande, tvangstilstande, somatoforme tilstande, reaktioner på exceptionelt svære belastninger og almindelige tilpasningsreaktioner på belastninger af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter.³ Skellet mellem normale reaktioner og sygelige tilstande kan således være uklart hvad angår de milde former for lidelser. Yderligere kan både angst- og stressrelaterede lidelser optræde som pludselige indtræf, og der kan være perioder uden symptomer.

Forekomst

Det er næsten umuligt at opgøre incidensen og prævalensen af nervøse og stressrelaterede lidelser, og der er ikke lavet nogen befolkningsundersøgelser på angstlidelserne i Danmark. Udenlandske studier viser en forekomst af angst på mellem 9,5 % og 17,2 % af befolkningen i henholdsvis Australien og USA. Forekomsten af angsttilstande vil således formentlig være ca. 10 % af den danske befolkning.⁴

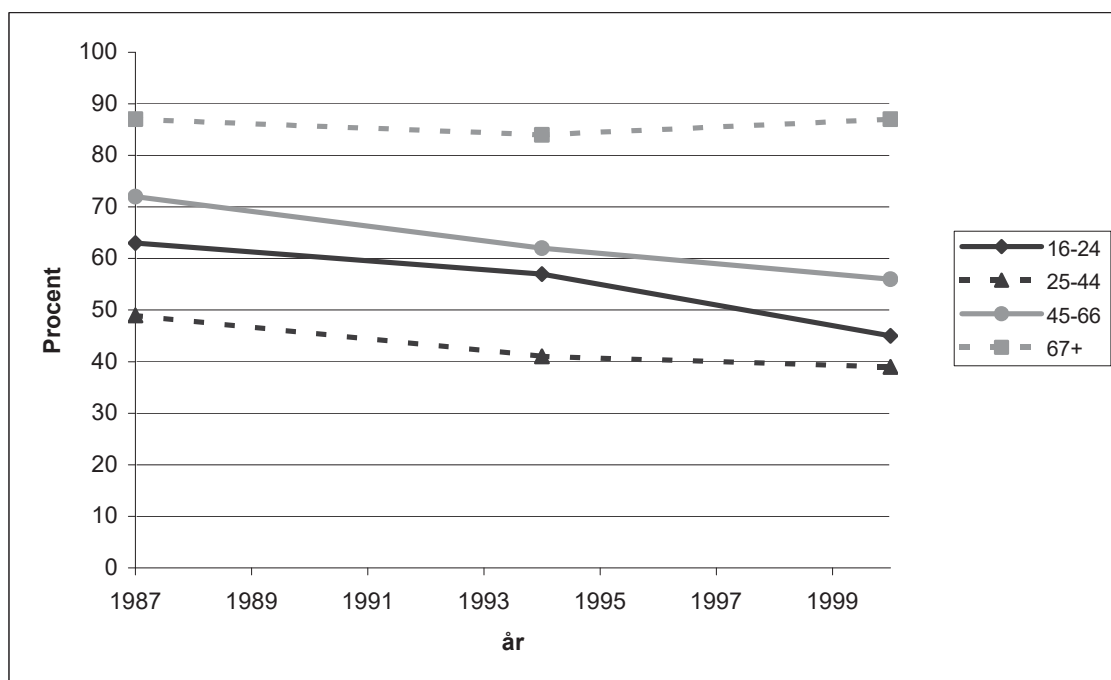
I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har man belyst forekomsten af enkeltsymptomer ud fra spørgeskemaer. Et af spørgsmålene går på, om man føler sig stresset i hverdagen. Hertil svarer 63,6 %, at de af og til føler sig stresset i hverdagen, og 8,0 % føler sig ofte stressede. Stress er hyppigst forekommende blandt de 24 - 44-årige kvinder, idet 71,5 % af kvinderne i aldersgruppen føler sig stresset i forhold til 46,8 % af mændene. Andelen, der oplever en ustresset hverdag, er faldet fra 64,5 % i 1987 til 56,0 % i 2000. Dette fald er gældende for alle aldersgrupper med undtagelse af de ældste.⁵ (Figur 5 og 6)

Figur 8: Andelen af danske mænd, som oplever en ustresset hverdag målt i 1987, 1994 og i 2000.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2002⁵

Figur 9: Andelen af danske kvinder, som oplever en ustresset hverdag målt i 1987, 1994 og i 2000.



Kilde: Kjølner, M. *et al.* 2002⁵

Desuden er der i SUSY fra 2000 spurgt til nervøse lidelser, hvor 2,0 % mænd og 3,38 % kvinder rapporterer, at de har en nervøs lidelse. Forekomsten er størst for mænd i alderen 45 - 66 år med 2,9

%, mens kvinderne toppe i alderen 67 - 79 med 7,0 %. Forekomsten er generelt faldet fra 3,7 % i 1987 til 2,9 % i 2000.⁵

Yderligere målt andelen, der oplever ængstelse, nervøsitet, uro og angst indenfor en 14 dages periode. Her angav 7,3 % af kvinderne at have disse symptomer i år 2000 i forhold til 3,5 % af mændene. Ligesom prævalensen af de nervøse lidelser toppe mændene i 45 - 66 års alderen med 4,2 % i modsætning til kvinderne, hvor forekomsten er størst hos de 67 - 79-årige med 9,9 %.

Validitet

Nervøse og stressrelaterede lidelser forekommer i mange forskellige grader, og resultaterne fra SUSY belyser kun de mildere grader af nervøse og stressrelaterede symptomer. De sværeste lidelser findes i det psykiatriske behandlingssystem, hvoraf flertallet behandles ambulant eller hos den praktiserende læge, men det må formodes, at en stor del af især de mildere tilfælde, ikke findes i behandlingssystemet.⁴ Af denne grund er det nødvendigt at se på de repræsentative befolkningsundersøgelser for at få et indtryk af lidelsernes omfang. Disse undersøgelser er ikke foretaget i Danmark, men forekomsten af angstlidelser er blevet undersøgt i befolkningsundersøgelser i udlandet. Resultaterne vil tilnærmelsesvis kunne overføres til danske forhold.

Diagnosevaliditet

Det uklare skel mellem normale reaktioner og sygelige tilstande kan vanskeliggøre estimationen af forekomsten, da opgørelser sandsynligvis vil anvende varierende definitioner. Diagnosesystemet kan ligeledes influere på prævalensen, idet tilstande med angst, som det dominerende begreb, tidligere blev samlet under ”angstneuroser”. Dette er imidlertid afskaffet med indførelsen af ICD-10 diagnosesystemet, som definerer angst ud fra en række symptomer, hvoraf mindst et skal være til stede.³ Der er dog ikke kendskab til, om den ændrede diagnosticering skulle påvirke prævalensen betydeligt.

Yderligere kan diagnosesystemets hierarkiske opbygning påvirke prævalensen af nervøse- og stressrelaterede lidelser, idet der foreligger en betydelig mulighed for co-morbiditet. Panikangst forekommer ofte sammen med en depression, og stress-relaterede lidelser udvikler sig ofte til en depressiv lidelse.

Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser er en række vedvarende tilstande eller adfærdsmønstre, som er et udtryk for en karakteristisk livsstil eller holdning til sig selv og andre. ICD-10 diagnoserne for personlighedsforstyrrelser omfatter paranoid personlighedsstruktur, skizoid personlighedsstruktur, dyssocial personlighedsstruktur, emotionel ustabil personlighedsstruktur (herunder borderline), histrionisk personlighedsstruktur, tvangspræget personlighedsstruktur, ængstelig personlighedsstruktur og dependent personlighedsstruktur.³

Forekomst

Der findes ingen befolkningsstudier, som viser forekomsten af personlighedsforstyrrelser i Danmark. Derimod er der i andre lande foretaget befolkningsundersøgelser, som har vist sig at være konsistente. I USA er der i Baltimore fundet en prævalens på 7 %, der lider af personlighedsforstyrrelser ud fra ICD-10 kriterierne, hvoraf dyssocial personlighedsstruktur, som er manglende evne til at føle ansvar eller vise hensyn, forekom hyppigst med en prævalens på 2,7 %. Risikoen for at have en personlighedsforstyrrelse var 4 - 5 gange større hos mænd end hos kvinder, og forekomsten var størst i den yngre del af befolkningen.³³ Et engelsk studie har fundet en månedsprævalens på 6,5 % i 2001,⁴ hvilket sandsynligvis kan overføres til danske forhold.

Et dansk registerstudie fra 1985 finder, at incidensen for ikke-psykotiske personlighedsforstyrrelser er 4,6 pr. 100.000 for kvinder og 5,0 pr. 100.000 for mænd. Som ved skizofreni, er der en geografisk variation, idet incidensen er 5 gange større i hovedstanden end på landet. Diagnosen stilles i 80 % af tilfældene for første gang i aldersgruppen 15 - 34 år. Der ses en stigning i antallet, der får stillet diagnosen ved første indlæggelse i perioden 1970 - 73 til 1982 - 85. Den største stigning er sket i aldersgruppen 15 - 34 år for både mænd og kvinder, hvor incidensen er steget fra 1,5 - 3 pr. 100.000 i 1970 til 9 - 12 pr. 100.000. Denne stigning kan være en reel stigning i incidensen af borderline-tilstande, men det kan også være et resultat af, at diagnosepraksis har ændret sig over tid.^{12;23} Der foreligger ikke kendskab til opgørelser af nyere dato.

Validitet

I opgørelser over incidens og prævalens af personlighedsforstyrrelser udfra registerstudier forekommer de samme forbehold, som er beskrevet under de psykotiske sygdomme. Hvad angår befolkningsundersøgelser, er der i Danmark endnu ikke lavet nogle opgørelser, men det har vist sig, at opgørelser i andre lande finder omtrent de samme estimater landene imellem. Derfor kan undersøgelserne formodentlig overføres til danske forhold. Der kan dog være undergrupper i samfundet, som har højere eller lavere forekomster af personlighedsforstyrrelser.³³

Diagnosevaliditet

Diagnosen er vanskelig at stille og kan ofte forveksles med beslægtede psykotiske lidelser, hvilket muligvis forklarer forholdet mellem ændringerne i diagnosegrupperne. Med ICD-10 er diagnoserne blevet mere symptomorienterede, men der ses stadig en forskel på prævalensen mellem WHO's ICD diagnosesystem og det amerikanske DSM-IV system. Der findes ca. 3 % højere prævalens ved brugen af ICD-10 diagnoser end ved DSM-IV kriterierne.³³

Spiseforstyrrelser

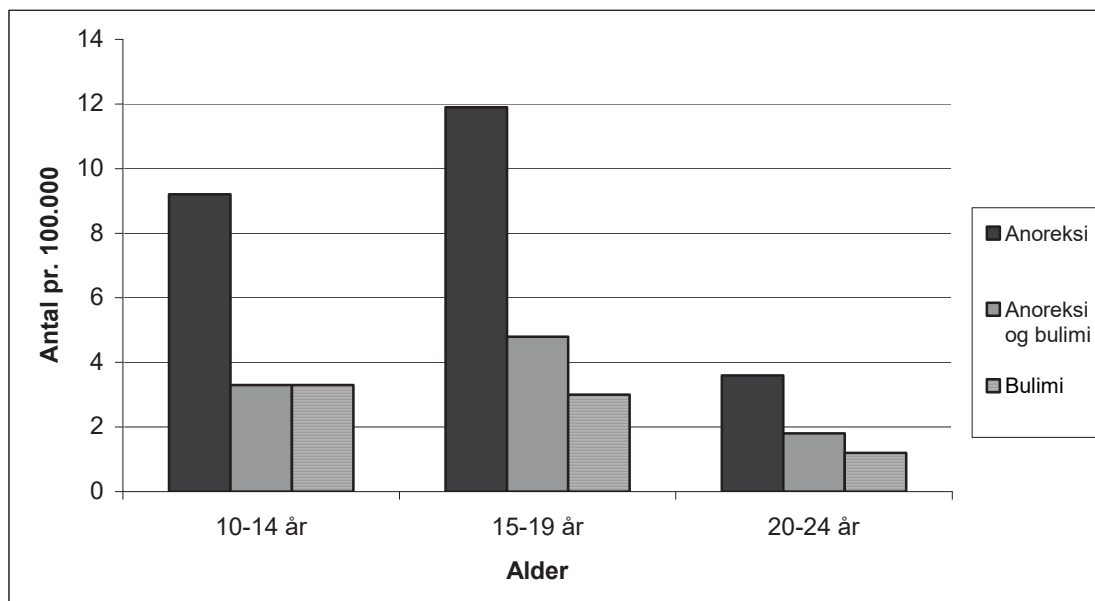
Spiseforstyrrelser er ligesom de affektive lidelser et kontinuum, der går fra de svære indlæggelseskrævende spiseforstyrrelser til det mere skjulte og mildere omfang i befolkningen. Ifølge ICD-10 klassifikationen indgår spiseforstyrrelser i gruppen af adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske funktioner og dækker over både anoreksi og bulimi,³ der registreres som to forskellige lidelser.

Forekomst

Ud fra førstegangsendlæggelser, som indikator for incidensen af spiseforstyrrelser, er det blevet forsøgt at estimere prævalensen med en formodning om, at varigheden af sygdommen i gennemsnit er 3,5 år. Herved fås en prævalens for 10 - 24-årige kvinder på 23,7 pr. 100.000 pr. år.³⁴ Et forsøg på også at inkludere de mildeste grader af spiseforstyrrelser er fortaget i en spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med Statens Institut for Folkesundheds rapport om befolkningens sundhed og sygelighed. Her måles på risikoadfærd for udviklingen af spiseforstyrrelser. Resultaterne viser, at 11 % af alle kvinder har en risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser, mens prævalensen er 25,7 % hos unge kvinder under 20 år.⁵

I en anden befolkningsundersøgelse på Fyn findes, at 11,9 pr. 100.000 kvinder mellem 15 og 19 år får anoreksi, og 3 pr. 100.000 i samme aldersgruppe får bulimi. (Figur 7) Ved anvendelse af incidensen er prævalensen for anoreksi estimeret til 26 pr. 100.000 kvinder mellem 10 og 24 år, mens 16 pr. 100.000 i samme befolkningsgruppe har bulimi.³⁵

Figur 10: Incidens af spiseforstyrrelser fra Fyns Amt 1977-1984



Kilde: Jørgensen, J, 1992.³⁵

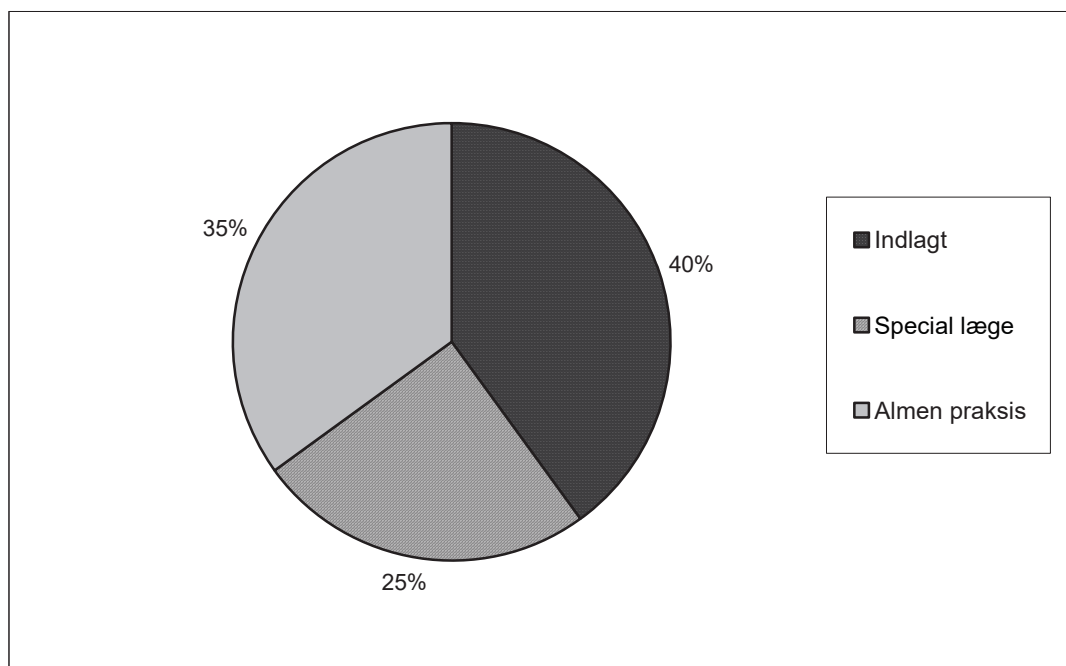
Der er fra 1970 til 1990 sket en stigning i forekomsten af førstegangsinlæggelser med både anoreksi og bulimi fra 0 pr. 100.000 til 0,2 pr. 100.000 for mænd og fra 0,5 pr. 100.000 til 2,2 pr. 100.000 for kvinder. Der er dog sket et fald siden 1985, hvor førstegangsinlæggelser var helt oppe på 2,6 pr. 100.000 for kvinder.³⁶ Der er ca. 12 gange så mange kvinder som mænd, som får spiseforstyrrelser,^{34;37} og de forekommer hyppigst blandt de 15 - 19-årige kvinder, hvor førstegangsinlæggelser for spiseforstyrrelse er helt oppe på 9,91 pr. 100.000 målt fra 1977 - 1984.³⁴ Trends i stigningen af incidensen kan enten afspejle en sand stigning eller en øget opmærksomhed på spiseforstyrrelser i samfundet.³⁸

Validitet

Ved anvendelse af registre til belysning af incidensen af spiseforstyrrelse ses kun en lille del af problemets omfang. I en undersøgelse er der fundet, at kun 40 % registreres i DPCR, mens 25 %

findes hos speciallæger og 35 % i primær praksis. (Figur 8) Dette vidner om, at det kun er en mindre del, som findes i registerundersøgelser.³⁹ Desuden er de patienter, som henvises til specialiserede afdelinger, ofte ældre og har en længere sygdomshistorie bag sig og har muligvis været behandlet andetsteds.³⁸ Derfor er det nødvendigt at supplere registreropgørelserne med befolkningsundersøgelser, da den sande forekomst sandsynligvis er højere end antaget ud fra registreropgørelser.

Figur 11: Fordelingen af hvor de diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser opfanges.



Kilde: Pagsberg, AK, 1994.³⁹

Diagnosevaliditet

I befolkningsundersøgelser er det ofte svært at sætte skellet mellem hvad, der er normal slankeadfærd, og hvornår det er en lidelse. I klinisk forstand er spiseforstyrrelser et afgrænset fænomen, som ifølge ICD-10 klassifikationen dækker over både anoreksi og bulimi,³ der registreres som to forskellige lidelser. I den tidligere ICD-8 klassifikation blev der imidlertid ikke skelnet mellem anoreksi og bulimi, så den særskilte udvikling kan ikke observeres længere tilbage end 1994. Selvom spiseforstyrrelser er et velafgrænset fænomen, ændrer de sig bestandigt, og desuden findes der en stor co-morbiditet blandt personer med spiseforstyrrelser, eksempelvis depression og anoreksi.³⁸

Misbrug

Ordet misbrug anvendes ikke i diagnoseklassifikationssystemet, men lidelsen indgår i gruppen omhandlende psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer. De psykoaktive stoffer er stoffer, som stimulerer, euforiserer eller beroliger (herunder hører alkohol, opionoider, hash, kokain, tobak etc.). Alkohol er det stof, der oftest giver anledning til et overforbrug.³

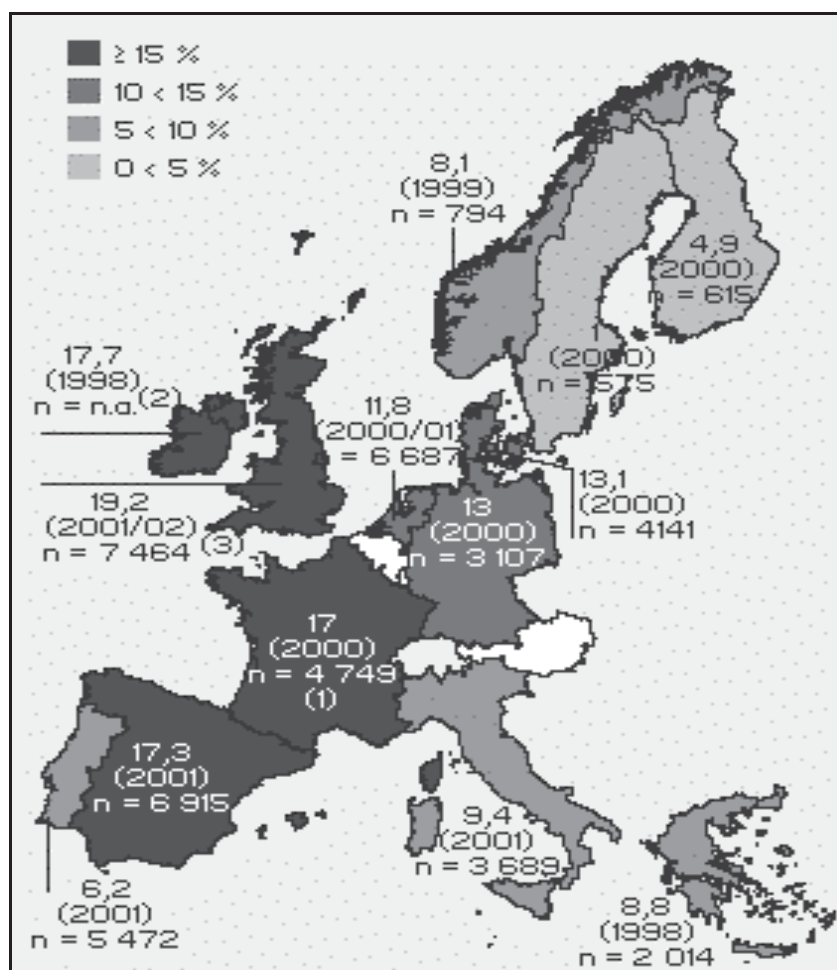
Forekomst

Der er ikke lavet opgørelser over den egentlige forekomst af misbrugere i Danmark, og de studier, der er foretaget, omhandler udelukkende prævalensen af danske misbrugere. Udenlandske studier har vist et varierende antal misbrugere fra 7,7 % i Australien til 11,3 % i USA⁴, men muligheden for at overføre disse tal til danske forhold er uklar.

I SUSY fra 2000 er der en stor del af danskerne, som drikker jævnlige. 8 ud af 10 danskere har i undersøgelsen drukket alkohol inden for den seneste uge. Andelen af danskere som overskred genstandsgrænserne, var 14,8 % for mænd og 8,7 % for kvinder. I gruppen af de 16 - 24-årige var der flest, som overskred genstandsgrænserne, idet 21,1 % af mændene havde drukket mere end 21 genstande i den seneste uge, og 12,5 % af kvinderne havde drukket mere end 14 genstande inden for den seneste uge. Der er generelt sket en stigning i antallet af storforbrugere i Danmark fra 10,7 % i 1994 til 11,7 % i 2000. Stigningen ses for begge køn og i alle aldersgrupper med undtagelse af de 25 - 44-årige. I øvrigt er danskernes alkoholkonsum steget op gennem 1960'erne for derefter at stagnere. I 1999 var det gennemsnitlige alkoholindtag på 11,6 liter ren alkohol pr. person pr. år.⁵

Der er i SUSY fra 2000 spurgt til forbruget af euforiserende stoffer. Her svarer 9,7 %, at de har røget hash inden for det seneste år, og 3,4 % rapporterer, at de har taget et eller flere stoffer ud over hash. Størstedelen af de, som har anvendt euforiserende stoffer, er mellem 16 - 24 år, hvoraf 25,8 % mænd og 15 % kvinder har røget hash, mens 12,1 % mænd og 4,1 % kvinder har taget andre stoffer. I forhold til andre europæiske lande ligger Danmark i den højeste ende af skalaen.⁴⁰ (Figur 9)

Figur 12: Brug af cannabis blandt unge voksne (15–34 år) i europæiske lande



Kilde: Nationale Reitox rapporter, 2002.⁴⁰

Målt inden for de seneste 12 måneder. (Dataene stammer fra de seneste nationale undersøgelser, der er tilgængelige i de enkelte lande for aldersgruppen af 15 – 34-årige)

Mere end 80 % debuterer med hash og heroin inden, de er fyldt 18 år.⁴¹ For både mænd og kvinder er der inden for de seneste 30 år sket en stigning af antallet, der har røget hash på ca. 10 % for de 16 - 19-årige.⁵ En undersøgelse i København fandt, at 8 % af de 13 - 14-årige har prøvet at ryge hash i 2000, mens 24 % af unge mellem 15 - 16 år angav at have prøvet at ryge hash nogensinde i 1999.⁴¹

Det typiske forbrug er et eksperimenterende eller rekreativt brug i ungdomsperioden, mens det kun er en mindre andel, der egentlig får et misbrugsproblem. Der ses over en fordobling i antallet af personer i behandling for stofmisbrug i Danmark fra i 1996 til 2002.⁴² Antallet af stofmisbrugere i behandling er steget kraftigst fra 1996 til 1997, primært som følge af ændret behandlingspraksis, men fra 2002 til 2003 er stigningen i antallet af stofmisbrugere i behandling steget med 13,8 %.⁴³ (Tabel 1)

Tabel 1: Udviklingen i antallet af stofmisbrugere i behandling fra 1996 til 2003.

Årstal	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hele landet	4448	7430	8652	9091	9678	10354	11091	12721
Personer i behandling	4407	7290	8456	8883	9438	10126	10827	12317

Kilde: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 8, Nr.5 (Stofmisbrugere i behandling 2003)⁴³

Stigningen er beregnet på baggrund af antallet af forskellige personer og er justeret for personer under 18 år.

Det er dog kun en lille del, som afspejles i behandlingssystemet, og det skønnes, at der i år 2000 var ca. 14.000 egentlige narkomaner i Danmark.⁴¹

Validitet

Andelen af alkoholmisbrugere er problematisk at opgøre, idet mange skjuler deres overforbrug. Bedste bud fås i behandlingsstatistikker og befolkningsundersøgelser, men disse estimater må også forventes at være en underestimering af den sande forekomst, da underrapportering er en betydelig bias. Andelen af stofmisbrugere er ligeledes svær at estimere og er forbundet med mange af de samme bias som ved belysningen af forekomsten af alkoholmisbrugere. Det skønnes, at op imod 40 % har prøvet at ryge hash, men at mange, især ældre undlader at fortælle det. Yderligere er det typiske forbrug af illegale stoffer et eksperimenterende forbrug, som ofte ikke relateres til et misbrug. Der har frem til midten af 1990'erne ikke været tradition for at gennemføre undersøgelser til belysning af forekomsten af stofmisbrugere i Danmark, men siden 1996 registrerer et landsdækkende register under Sundhedsstyrelsen de personer, som enten har fået eller får behandling.⁴¹ Ud fra registeret og de få foretagne befolkningsundersøgelser kan der derfor kun være tale om en estimering af forekomsten. Der forventes en ny estimering til foråret 2004 i Sundhedsstyrelsens årsrapport.

Diagnosevaliditet

Ordet 'misbrug' anvendes ikke i ICD-10 klassifikationen. Derimod betegnes lidelsen som 'psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer'.³ Der er en væsentlig forbindelse mellem storforbrug af de enkelte stoffer, og et storforbrug af alkohol ses ofte i forbindelse med andre risikobetonede stoffer.⁵

Demens

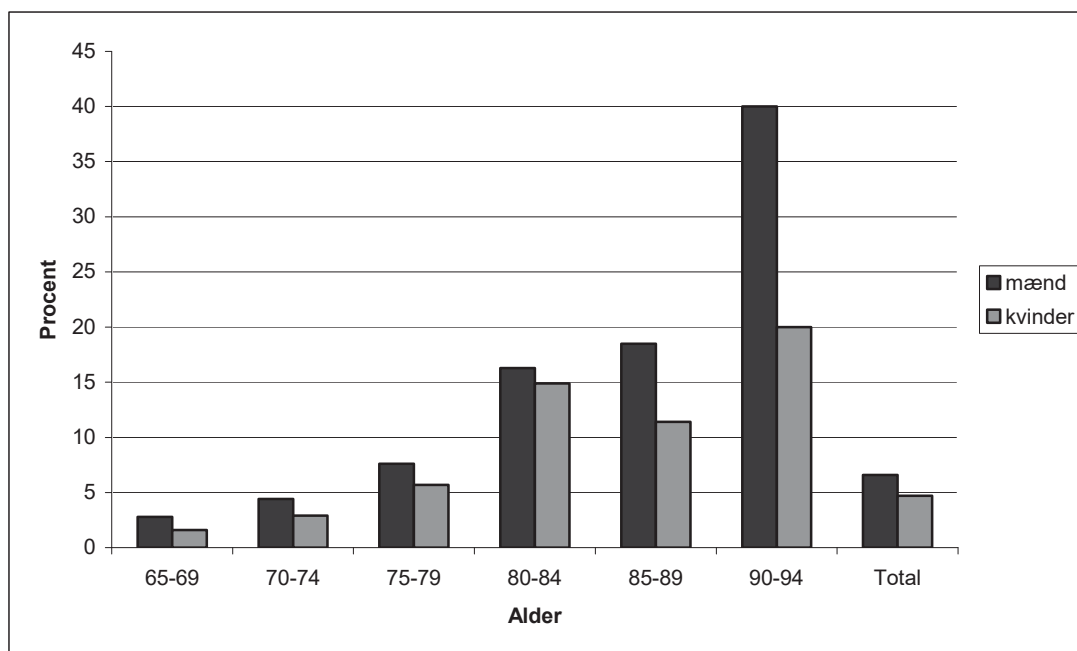
Demens er en sygdomstilstand med varig svækkelse af hukommelsen og svækkelse af en række kognitive funktioner, såsom evnen til at opfatte, tænke, lære, planlægge eller bedømme. Lidelsen medfører ofte følelsesmæssige og adfærdsmæssige forandringer.³

Forekomst

Prævalensen for svær demens* i befolkningen over 65 år ligger mellem 4,2 % og 6,7 % og fordobles hver 5. år fra ca. 4 % i alderen 65 - 69 til ca. 14 % i alderen 80 - 84.⁴⁴⁻⁴⁶ Demens er sjælden før 65 - års alderen, og derfor er de fleste undersøgelser baseret på ældre over 65 år. Der findes ikke nogen væsentlige kønsforskelle, idet den totale prævalens i en undersøgelse foretaget i Odense er 8,0 % for mænd, mens den for kvinder er 6,4 %.⁴⁴ I en undersøgelse fra Østerbro fandtes en prævalens i populationen på 5,4 % (6,6 % for mænd og 4,7 % for kvinder). (Figur 11) Denne population er dog ikke repræsentativ for den danske befolkning over 65 år, men hvis resultatet appliceres til den totale danske befolkning i 1995 fås en prævalens på 6,3 %.⁴⁶

* Demens klassificeret i 4 kategorier ud fra the Clinical Dementia Rating scale, baseret på kognitivt funktionsniveau og evnen til at klare sig selv i hverdagen.⁴⁴

Figur 10: Prævalensen af senil demens fra den tredje Østerbroundersøgelse (1992-1994), fordelt på køn og alder.



Kilde: Thudium D, 1996.⁴⁶

Incidensen af demens er kun undersøgt i få befolkningsstudier, hvoraf det ene er foretaget i Odense. Her estimeres, at der i alt på populationsniveau er 29.5 nye tilfælde af meget mild til svær demens om året pr. 100.000 65 - 84-årige. Raten stiger med alderen og er helt oppe på 82,2 pr 100.000 80 - 84-årige, som udvikler meget mild til svær demens. Incidensen af aldersdemens har været uændret gennem de seneste 40 år, da forekomsten blot afspejler befolkningssammensætningen.⁴⁵

Validitet

Der er mange forskellige grader af demens, og det kan være svært at vurdere meget mild demens. Det må formodes, at de sværeste tilfælde er institutionaliserede, mens mange af de mildt til moderat demente befinder sig i eget hjem, og derfor er det problematisk at finde tal for forekomsten i registret. Yderligere er der også problemer i befolkningsundersøgelser, idet mange ikke opdages. En undersøgelse viser, at kun en tiendedel af de formodet demente var medicinsk udredt.⁴⁷ Det vil derfor være svært at opfange alle de demente tilfælde, som forekommer.

Diagnosevaliditet

Demens varierer efter både alvorlighed og karakter. Der kan være tale om Alzheimers demens, vaskulær demens og demens af anden årsag. I Østerbro-undersøgelsen fordelte diagnoserne sig sådan, at Alzheimers udgjorde 59 %, Vaskulær demens 23 % og andre demenstilstande 18 %.⁴⁶

Desuden kan alvorligheden af tilstanden gå fra milde til svære grader. Svækkelsen er forbundet med andre følelsesmæssige og adfærdsforstyrrelser, og sygdommen skal have varet mindst et halvt år, før den med sikkerhed kan konstateres. Der er derved ingen klar grænse mellem normal aldring og mild demens. Yderligere er der en række symptomer, som følger sygdommen såsom nedtryktthed, hallucinationer og vrangforestillinger, hvilket kan give anledning til, at lidelsen forveksles med andre sygdomme såsom de affektive lidelser og personlighedsforstyrrelserne.³

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Internet, Sundhedsstyrelsen . 2004. www.sst.dk
2. Munk-Jørgensen P, Kastrup M, Mortensen PB. The epidemiology of mental disorders in Denmark. Nord J Psychiatry 1996;50:15-24.
3. Bertelsen A, Munk-Jørgensen P. De psykiatriske diagnoser. PsykiatriFondens Forlag , 1998.
4. Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. 2001.
5. Kjølner, M og Rasmussen, N.Kr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
6. Cockerham WC. Sociology of Mental Disorder. Englewood Cliffs, 1981.
7. Statens sundhedsvidenskabelige Forskningsråd and Dansk Sygehus Institut. Skizofreni. 1992. København.
8. Pedersen CB, Mortensen PB. Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. Br.J Psychiatry. 2001;179:46-52.
9. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC.Med. 2004;2:13.
10. Schelin EM, Munk-Jørgensen P, Olesen AV, Gerlach J. Regional differences in schizophrenia incidence in Denmark. Acta Psychiatr.Scand 2000;101:293-9.
11. Tsuchiya KJ, Munk-Jørgensen P. First-admission rates of schizophrenia in Denmark, 1980-1997: have they been increasing? Schizophr.Res. 2002;54:187-91.

12. Munk-Jørgensen P, Jørgensen P. Decreasing rates of first-admission diagnoses of schizophrenia among females in Denmark 1970-84. *Acta Psychiatr.Scand* 1986;74:379-83.
13. Munk-Jørgensen P. Decreasing first-admission rates of schizophrenia among males in Denmark from 1970 to 1984. Changing diagnostic patterns? *Acta Psychiatr.Scand* 1986;73:645-50.
14. Munk-Jørgensen, P. Faldende førstegangsinlæggelsesrater for skizofreni i Danmark 1970-1991. Det sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet, 1995.
15. Afdeling for psykiatrisk demografi and Institut for Psykiatrisk Grundforskning. Det Psykiatriske Centralregister. Hjemmeside: Institut for Psykiatrisk Grundforskning og institut for psykiatrisk Grundforskning . 2004. www.psykdem.dk/regbesk.htm
16. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. *Dan.Med.Bull.* 1997;44:82-4.
17. Eagles JM. Decreasing rates of diagnoses of schizophrenia in Denmark. *Acta Psychiatr.Scand* 1987;76:333-6.
18. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark, 1971-87. *Br.J Psychiatry* 1992;161:489-95.
19. Andersen, U. A. Psychopharmacologic and others medical treatment in persons who commit suicide - a register linkage study. Institute of Public Health, Clinical Pharmacology, Faculty of Health Sciences, Odense Universitet, 1999.
20. Jørgensen P. Course and outcome in delusional disorders. *Psychopathology.* 1994;27:79-88.
21. Munk-Jørgensen P. Schizophrenia in Denmark. Incidence and utilization of psychiatric institutions. *Acta Psychiatr.Scand* 1986;73:172-80.
22. Munk-Jørgensen P. The schizophrenia diagnosis in Denmark. A register-based investigation. *Acta Psychiatr.Scand* 1985;72:266-73.
23. Mors O. Increasing incidence of borderline states in Denmark from 1970-1985. *Acta Psychiatr.Scand* 1988;77:575-83.
24. Kessing LV. Er prævalensen af depression overvurderet?. *Ugeskr.Laeger* 2001;163:1983-4.
25. Institut for Sundhedsvæsen and Statens sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Depression - en folkesygdom der skal behandles, rapport fra en konsensuskonference 1.-3. marts 1999, København. 99.02. 1999. København, DSI.
26. Dam H, Jakobsen K, Møllerup E. Prevalence of winter depression in Denmark. *Acta Psychiatr.Scand* 1998;97:1-4.
27. Svendsen SW. Regionale variationer i incidensen af maniodepressiv psykose. *Ugeskr.Laeger* 1996;158:598-602.

28. Svendsen, S. W. Secular trends in first-ever admission rates of affective disorder in Denmark, 1971-93. 51, 119-125. 1997. Nord J Psychiatry.
29. Mortensen PB, Pedersen CB, Melbye M, Mors O, Ewald H. Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. Arch.Gen.Psychiatry. 2003;60:1209-15.
30. Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Sørensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. Acta Psychiatr.Scand 2003;107:197-202.
31. Pedersen SH, Stage KB, Bertelsen A, Grinsted P, Kragh-Sorensen P, Sorensen T. ICD-10 criteria for depression in general practice. J Affect.Disord. 2001;65:191-4.
32. Kessing LV. [A feeling for affective disorder? Nosological problems in an epidemiological perspective]. Ugeskr.Laeger. 2002;164:4639-41.
33. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, III, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. Br.J Psychiatry. 2002;180:536-42.
34. Nielsen S. The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. Acta Psychiatr.Scand 1990;81:507-14.
35. Jørgensen J. The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977-1986. Acta Psychiatr.Scand 1992;85:30-4.
36. Munk-Jørgensen P, Moller-Madsen SM, Nielsen S, Nystrup J. Incidens af spiseforstyrrelser i det psykiatriske sygehusvæsen i Danmark 1970-1993. Ugeskr.Laeger 1996;158:5785-9.
37. Møller-Madsen S, Nystrup J. Incidence of anorexia nervosa in Denmark. Acta Psychiatr.Scand 1992;86:197-200.
38. Emborg, C. Spiseforstyrrelser - dødelighed og faktorer af betydning for forløb. En dansk registerbaseret undersøgelse 1970-93. Afdeling for psykiatrisk demografi. Institut for psykiatrisk grundforskning, 1997.
39. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. Acta Psychiatr.Scand 1994;90:259-65.
40. EMCDDA. Årsrapporten for 2003. Hjemmeside for European Monitorin Center for Drugs and Drugs Addiction . 2004. www.emcdda.eu.int.
41. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2002. 2002. Sundhedsstyrelsen.
42. Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i Behandling 1996-2002, Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 7. Nr. 9. 2003. København, Sundhedsstyrelsen.
43. Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i behandling 2003 (ændret opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2004;8.

44. Andersen K, Lolk A, Nielsen H, Kragh-Sørensen P. Prævalens og incidens af demens i Danmark. Odense-undersøgelsen. Ugeskr.Læger 2000;162:4386-90.
45. Gulmann NC. Prævalens af alvorlig demens i dag og i fremtiden. Kommentarer til konsensusrapport vedrørende senil demens. Ugeskr.Læger 1989;151:1618-21.
46. Thudium, D. SENIL DEMENS -forekomst og risikofaktorer, En undersøgelse af Østerbro-populationen. 1996. Geriatisk afdeling HL, Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet, Kbh.'s kommunehospital. 14-3-1997.
47. Viftrup JE, Pedersen BO. Demens og pseudodemens i Ringkøbing Kommune. Ugeskr.Læger 2000;162:3334-8.

Kronisk obstruktiv lungesygdom - af Christina Bjørk

Kronisk obstruktiv lungesygdom	110
Prævalensen af KOL.....	110
Registerstudier	110
Dødelighed.....	110
Hospitalsindlæggelser	110
Figur 1: Aldersstandardiserede indlæggelsesrater for KOL pr. 100.000 personer	111
Ambulant behandling.....	111
Befolkningsundersøgelser.....	111
Figur 2: Andelen af mænd som har eller har haft kronisk bronkitis.....	112
Figur 3: Andelen af kvinder som har eller har haft kronisk bronkitis.....	113
Tabel 1: Tabel over estimater af hvor mange personer der er ramt af KOL i 1987, 1994 og 2000.....	113
Incidensen af KOL.....	114
Tobaksrygning.....	114
Figur 4: Andelen af mænd der ryger dagligt i 1987, 1994 og 2000.....	115
Figur 5: Andelen af kvinder der ryger dagligt i 1987, 1994 og 2000	115
Problemer med opgørelsen af incidens og prævalens.....	116
Diagnoser	116
Referencer.....	117

Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en uhelbredelig sygdom i luftvejene bestående af en permanent nedsættelse af lungefunktionen. Sygdommen skyldes emfysem og en kronisk inflammationstilstand, der medfører permanente forsnævringer af de små luftveje. KOL er blevet hyppigere og er meget ressourcekrævende, og siden 2002 er KOL blevet medtaget som en af de 8 folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram. KOL kaldes også for rygerlunger, idet sygdommen i langt de fleste tilfælde skyldes tobaksrygning. Modtagelige rygere, og enkelte ikkerygere udvikler over 2 - 3 år gradvis tiltagende luftvejsobstruktion, som sjældent giver symptomer før 55 - 60 års alderen.

Prævalensen af KOL

Der findes primært mortalitetsstudier og enkelte studier, der forsøger at estimere prævalensen af KOL. Prævalensen kan belyses ud fra befolkningsundersøgelser, antallet af hospitalsindlæggelser samt personer i ambulans behandling for KOL.

Registerstudier

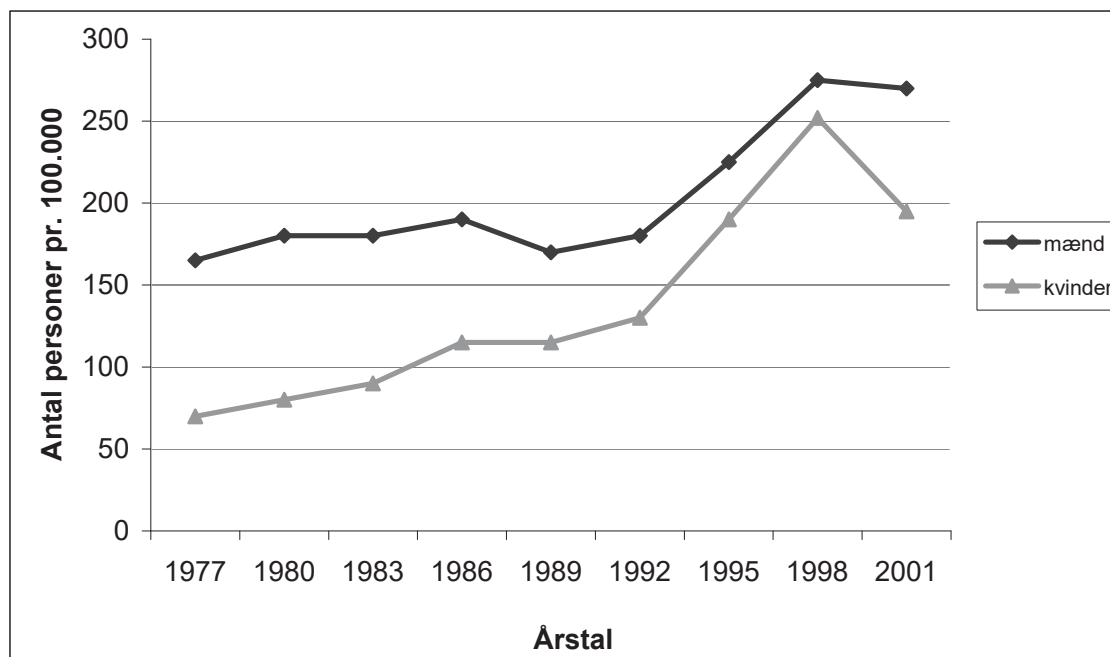
Dødelighed

WHO-tal fra omkring 1999 viser, at dødeligheden af KOL ligger højere i Danmark end i de andre europæiske lande¹, og de danske kvinder har på verdensplan den højeste dødelighed som følge af KOL.²⁻⁴ Antallet af dødsfald forårsaget af KOL er steget med 50 % siden 1985 og frem til 2002, hvor der var 3.600 dødsfald som følge af sygdommen.^{1;2;4} Således var KOL i 1999 den fjerde hyppigste dødsårsag.¹

Hospitalsindlæggelser

Antallet af personer indlagt for KOL kan give en beskrivelse af sygdomsbyrden. Der var i år 2000 21.126 indlæggelser for KOL⁵, og en opgørelse baseret på Landspatientregistret viser, at der i 2001 var 270 pr. 100.000 mænd og 195 pr. 100.000 kvinder, som blev indlagt med KOL. Til sammenligning var der i 1977, kun 70 pr. 100.000 kvinder, som blev indlagt med KOL, og tallet er således siden 1980'erne mere end fordoblet for kvinderne. (Se figur 1)

Figur 1: Aldersstandardiserede indlæggelsesrater for KOL pr. 100.000 personer



Kilde: Juel K, 2003⁶

Ligeledes er der sket en stigning af antallet af mandlige KOL-patienter, idet der i 1977 var 165 pr. 100.000 mænd. Der ses dog et fald for kvinderne fra 1998 til 2001, idet antallet af KOL-patienter i 1998 var helt oppe på 252 pr. 100.000 kvinder.⁶ (se figur 1). Sygdommen er sjældent symptomgivende før 55 - 60 års alderen,² og gennemsnitsalderen ved indlæggelsen var i 2000 71,3 år og 59,7 år for henholdsvis mænd og kvinder.⁵ 38 % af indlæggelserne falder i aldersgruppen 65 - 74 år, mens 85 % er i aldersgruppen over 55 år.¹

Ambulant behandling

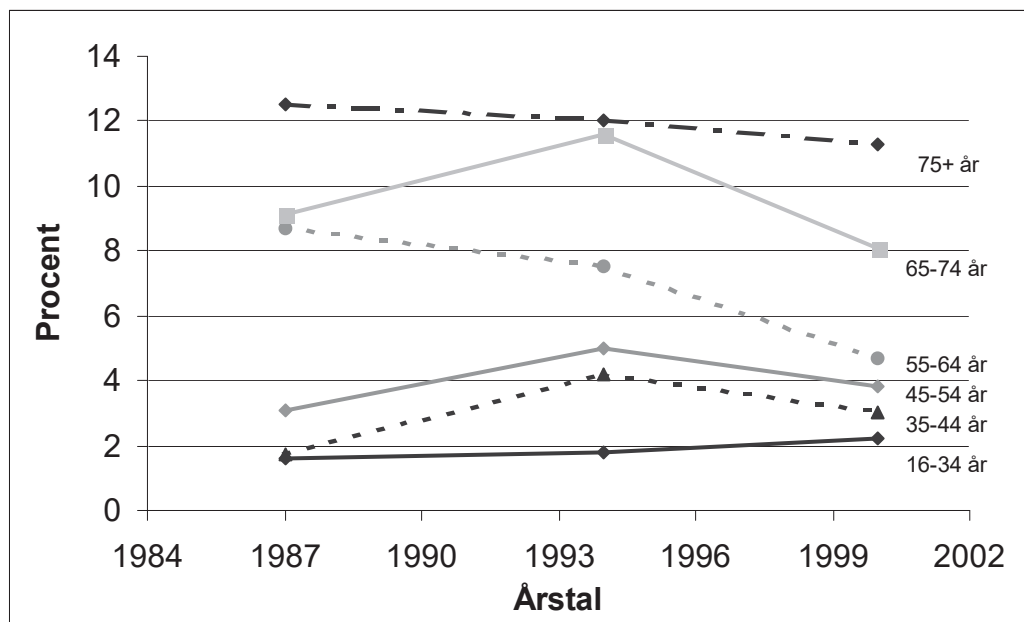
Mange patienter med KOL behandles i ambulante forløb og ved skadestuebesøg. Fra 1995 - 2001 er der sket en stigning for begge køn i antallet af ambulante kontroller fra 9.000 til 16.000. Den samme stigning ses i antallet af skadestuebesøg, som er steget fra 2.880 i 1995 til 5.400 i 2001.^{1;6} Den største gruppe af ambulante forløb forekom i aldersgruppen 65 - 74 år, og 80 % af de behandlede personer var mellem 55 og 84 år.⁶

Befolkningsundersøgelser

I Sundheds og Sygelighedsundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed estimeres andelen med kronisk bronkitis, som defineres som daglig produktiv hoste i mindst tre måneder om året i to

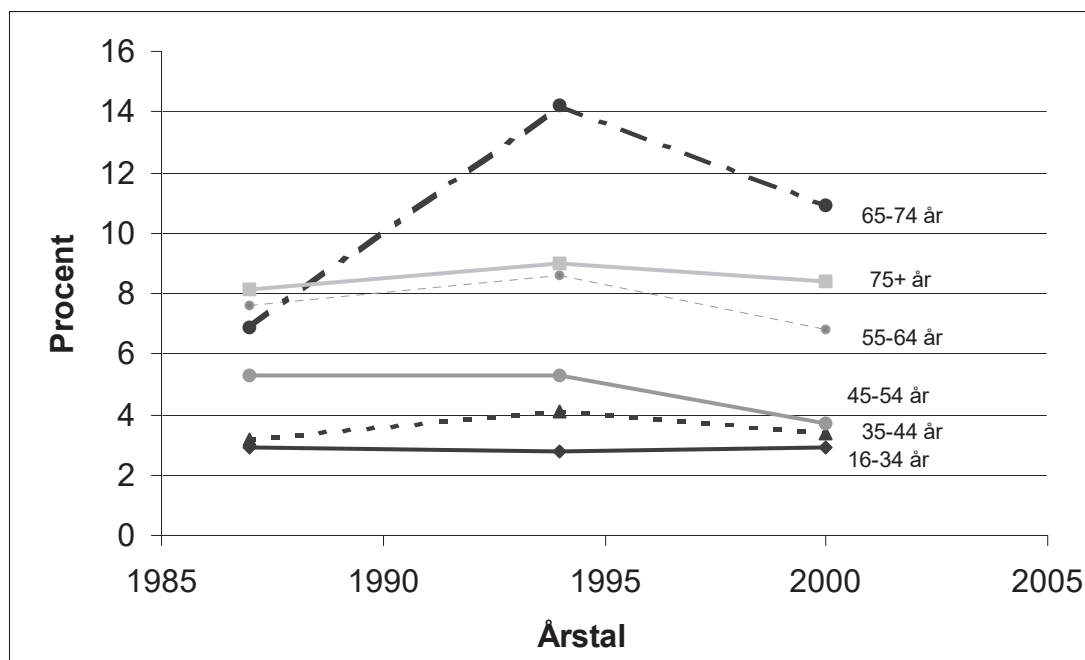
år i træk. I 2000 rapporterede 3 % af de adspurgte, at de havde kronisk bronkitis, - 3,2 % blandt mænd og 2,7 % blandt kvinder.⁷ Når tidligere forekomst af kronisk bronkitis inddrages, angiver 4,2 % og 5 % af henholdsvis mændene og kvinderne, at de i år 2000 har eller har haft kronisk bronkitis. Mændene topper i alderen over 75 år med 11,3 %, som har eller har haft kronisk bronkitis, hvorimod den største andel blandt kvinder findes i aldersgruppen 65 - 74 år, hvor 19,9 % har eller har haft kronisk bronkitis. Der ses et jævnt fald på 0,8 % for mændene siden 1987, mens forekomsten blandt kvinderne stiger 0,9 % fra 1987 til 1994 for derefter at falde til 0,9 % igen frem til år 2000.^{6;7} (se figur 2 og 3).

Figur 2: Andelen af mænd som har eller har haft kronisk bronkitis.



Kilde: Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002⁷ Juel K, 2003.⁶

Figur 3: Andelen af kvinder som har eller har haft kronisk bronkitis



Kilde: Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002⁷ Juel K, 2003.⁶

På baggrund af forekomsten af kronisk bronkitis i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne og det totale befolkningstal i Danmark er det muligt at fortage en estimering af antallet af personer, som i Danmark lider af kronisk bronkitis.(se tabel1)

Tabel 1: Tabel over estimer af hvor mange personer der er ramt af KOL i 1987, 1994 og 2000

Årstal	mænd	kvinder	i alt
1987	84.000	103.000	187.000
1994	105.000	132.000	237.000
2000	87.000	111.000	198.000

Kilde: Juel, K, 2003⁶

Det er ligeledes muligt at estimere prævalensen af KOL ud fra Østerbro-undersøgelsens tredje runde, som blev gennemført i 1991 - 1993. Her er der fortaget to forskellige estimer af KOL-forekomsten i Danmark for personer over 65 år. Den ene metode anvender kronisk bronkitis som indikator for KOL. Herved fandtes, at 18,6 % mænd og 13,0 % kvinder havde kronisk bronkitis. Den anden metode er at anvende de internationale GOLD-kriterier¹, og her ses følgende resultater: stadium 1 (let KOL): 13,3 % mænd og 8,0 % kvinder, stadium 2 og 3 (moderat til svær KOL): 15,8

¹ 'The Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease' har udviklet en international 'pocket' guide der inddeler KOL i 5 kategorier ud fra disponering og FEV₁.

% mænd og 10,4 % kvinder, stadium 4 (Meget svær KOL): 0,8 % mænd og 0,4 % kvinder. I henhold til GOLD-kriterierne var der således over 10 % af den ældre befolkning, som for 10 år siden tilsyneladende havde KOL (stadium 2,3 og 4, FEV1/FVC < 0,7 og FEV1 < 80 %).^{1;8}

Incidensen af KOL

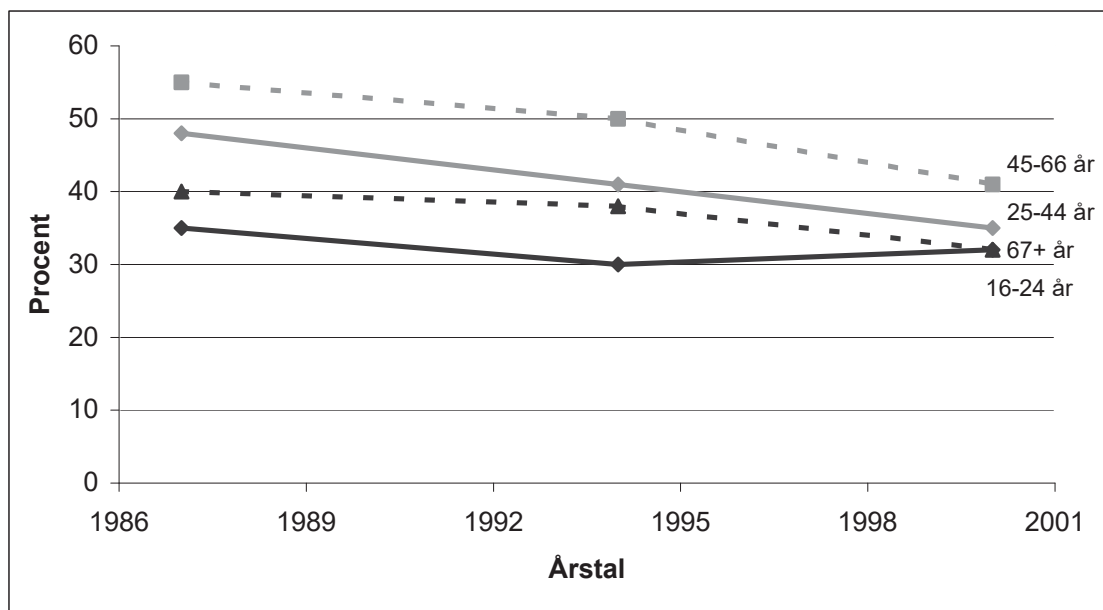
Der er ikke kendskab til studier som belyser incidensen af KOL, da det er vanskeligt at frembringe sådanne estimater. (se afsnittet omhandlende problemer med incidens og prævalensopgørelser af KOL). Den aktuelle rygestatus i Danmark kan endvidere give et billede af hvor mange, der vil udvikle sygdommen i fremtiden.

Tobaksrygning

Andelen af KOL-tilfælde er øget blandt hele den skandinaviske befolkning, men det skønnes at KOL næsten er dobbelt så hyppigt forekommende i Danmark som i Sverige, hvilket kan tilskrives forskellen i rygevaner.⁹ Der er ingen tvivl om, at tobaksrygning er skyld i mindst 80 % af alle KOL-tilfælde. Kun 1 % af dem, som blev indlagt med KOL i år 2000, havde aldrig røget.⁵ Det skønnes at ca. 15 % af alle rygere udvikler KOL. Udviklingen ses især hos kvinder, hvilket sandsynligvis skyldes at danske kvinder har været blandt de mest rygende kvinder i verden.⁶ KOL rammer især ældre mennesker, der har røget i mange år, og det er derfor relevant at se på udviklingen i rygemønstret i Danmark. Der er dog tilsyneladende ingen tæt sammenhæng mellem et lands aktuelle rygeprævalens og antallet af KOL-dødsfald, men forløbet afspejler nogenlunde udviklingen i prævalensen af storrygere med en tidsforskydning på ca. 20 - 30 år.¹

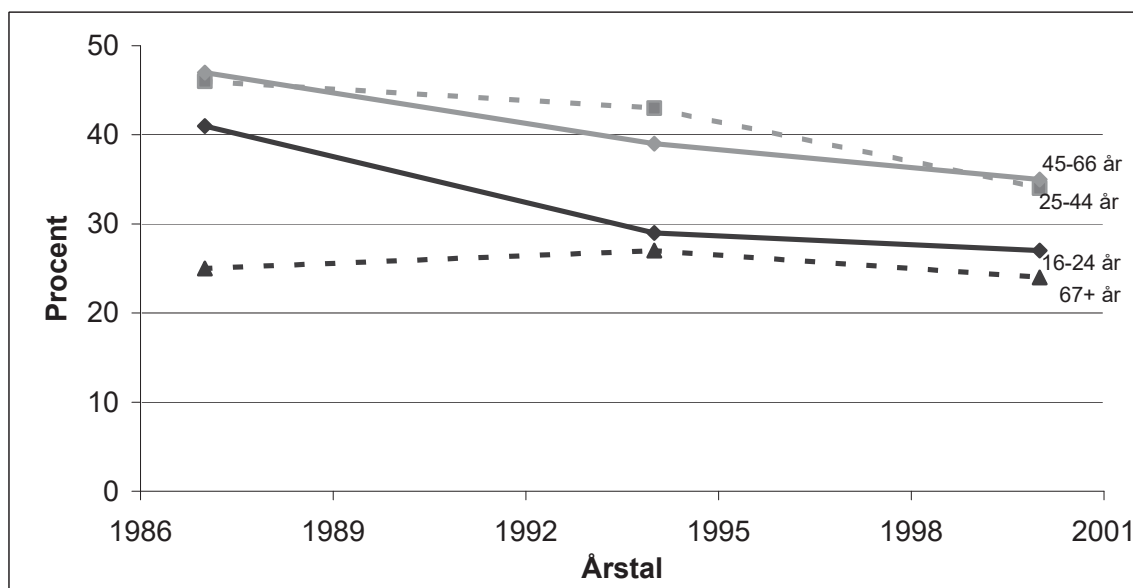
I henhold til den danske Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed var der i 2000 34,0 % af den voksne befolkning, som røg cigaretter dagligt - 36,3 % mænd og 31,8 % kvinder. I henhold til Kræftens Bekæmpelse er der 27 % af danskerne over 13 år som ryger hver dag, og derudover 3 %, som ryger af og til.¹⁰ Andelen af rygere er faldet siden 1987⁷, (se figur 4 og 5), men faldet i rygehyppighed er særligt sket hos smårygerne, det vil sige personer, der ryger mindre end 15 cigaretter dagligt. Der er derimod sket en stigning i antallet af mandlige storrygere fra 6 % i 1950'erne til ca. 20 % i 1990'erne. Det samme mønster gør sig gældende for kvinderne, som ligger 5 procentpoint under mændene gennem alle årene.⁶ Således må det forventes at der i fremtiden stadig vil komme flere KOL-tilfælde.

Figur 4: Andelen af mænd der ryger dagligt i 1987, 1994 og 2000



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002⁷

Figur 5: Andelen af kvinder der ryger dagligt i 1987, 1994 og 2000



Kilde: Kjølner, M *et al.* 2002⁷

De fleste begynder at ryge i teenageårene, og knapt hver fjerde danske teenager mellem 16 - 20 år ryger dagligt.¹⁰ Forekomsten af unge rygere er interessant, idet den vil give et fingerpeg om fremtidens sygdomsbyrde forårsaget af KOL.

Problemer med opgørelsen af incidens og prævalens

En opgørelse af forekomsten af KOL ud fra Landspatientregistret medfører en underestimering, da kun de sværeste tilfælde ses her.¹¹ Landspatientregistret tæller sengedage, udskrivinger/indlæggelser, udskrevne personer, ambulante forløb, ambulante kontroller og skadestuebesøg.⁶ Der er i den seneste tid sket en reduktion i antallet af indlæggelsesdage med KOL, samtidig med at der er sket en stigning i antallet af ambulante kontroller.⁶ Desuden er der mange patienter, som enten går ubehandlede, pga. de langsomt udviklede symptomer, eller behandles hos egen læge.^{6;12} Disse patienter tælles ikke med i opgørelserne, og der er derfor sandsynligvis tale om en underestimering af problemets omfang.

Det er vanskeligt at opnå estimater for forekomsten af KOL i befolkningen, da forekomsten vil ændre sig over tid afhængig af befolkningens rygevaner og befolkningens sammensætning. Desuden er det svært at sammenligne mellem lande, idet der er forskellige diagnostiske kriterier og rygemønstre, samt at adgangen til sundhedsydelser varierer. Derfor kan undersøgelser foretaget i andre lande, som f.eks. USA, ikke overføres eller sammenlignes med de danske tilstande.¹² Det gør internationale sammenligninger meget vanskelige, men det er også vanskeligt at foretage sammenligninger indenfor samme land over tid.⁶

Diagnoser

Prævalensen af KOL afhænger af en række faktorer, hvoraf de diagnostiske kriterier og sygdomsklassifikationssystemet er af væsentlig betydning. Der er ikke fuldstændig enighed om, hvordan KOL defineres i de forskellige sygdomsklassifikationer. Der er stort set kun enighed om at inkludere kronisk bronkitis og emfysem.

I Danmark har der, i den periode hvor Landspatientregistret har eksisteret, været anvendt to versioner af den internationale sygdomsklassifikation ICD. ICD-8 blev anvendt i perioden 1977 til 1993, og ICD-10 er blevet anvendt siden 1994. Skiftet i systemerne har også betydet et skift i diagnosekoderne. I ICD-8 anvendtes koderne 490 - 492 og 518, hvor 86 % af de indlagte KOL-tilfælde blev registreret som "kronisk bronkit", og grupperne "ikke nærmere specificeret bronkit" og "udvidelse af lungerne" tilsammen omfattede 6 - 7 % af tilfældene. I ICD-10 klassifikationen, blev 82 % klassificeret som "anden kronisk obstruktiv lungesygdom", mens kronisk bronkit uden specifikation tegnede sig for ca. 10 %.⁶ Mange diagnosticeres med KOL som bidiagnose, idet KOL

ofte co-eksisterer med andre tobaksrelaterede sygdomme såsom iskæmisk hjertesygdom og lungecancer.² Derfor vil det medføre en underestimering af forekomsten, hvis der kun kigges på aktionsdiagnosen.

Siden 1970'erne har de fleste befolkningsundersøgelser anvendt spirometri som grundlag for KOL-diagnosen. En diagnostisering ud fra en sådan metode kan imidlertid variere med mere end 100 % ud fra forskellige definitioner af KOL. De globale retningslinier for diagnostik og behandling fra GOLD har bidraget til mere sammenlignelighed med årene.¹

Ved anvendelse af Landspatientregistret til opgørelser over antallet af patienter indlagt for KOL, kan der imidlertid være tvivl om diagnosevaliditet. Hvad angår sygdomme i åndedrætsorganerne fandt man i en evaluering af datakvaliteten fra Landspatientregistret, at den korrekte diagnose kun var anført i 65 % af tilfældene. Dette kan dog ikke kun tilskrives registret, men er et resultat af hele den diagnostiske tvivl omkring sygdommen KOL. Yderligere kan der ske systematiske ændringer i lægernes anvendelse af de diagnostiske koder gennem årene, hvilket sandsynligvis gælder for et skift mellem KOL og astma.⁶

Sygdommen KOL bliver ofte benævnt astma eller kold lungebetændelse af både patienter og sundhedspersonale, hvilket er årsag til, at den ofte håndteres som astma i klinikken. En del KOLpatienter registreres således som astmapatienter, men der er stor forskel på de to sygdomme, selvom begge er obstruktive lungelidelser. Patienter med KOL kan have flere forskellige symptombilleder, nogle har kronisk bronkitis og udvidede lunger, nogle har udpræget hoste med slim, mens andre ikke hoster særlig meget, men har udvidede lunger.⁶ Ca. 10 % af KOL-tilfældene har astma, og de diagnostiske ligheder kan sløre forskellen mellem de to lidelser.^{6;13}

Referencer

1. Juel K, Døssing M, Hansen EF, Lange P. Kronisk obstruktiv lungesygdom - en overset folkesygdom. Ugeskr.Laeger. 2004;166:1308-10.
2. Lange P, Hansen JG, Iversen M, Madsen F, Munch E, Rasmussen FV, and Vestbo J. Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom. Klaringsrapport. 1998. Dansk medicinsk Selskab og Dansk selskab for almen medicin.

3. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. 2004. København, Statens Institut for Folkesundhed.
4. Vestbo J, Lange P, Hansen EF. Kronisk obstruktiv lungesygdom. COPD-verdensdag 2002 Ugeskr.Laeger. 2002;164:5510.
5. Eriksen N, Hansen EF, Munch EP, Rasmussen FV, Vestbo J. Kronisk obstruktiv lungesygdom. Indlæggelse, forløb og prognose. Ugeskr.Laeger. 2003;165:3499-502.
6. Juel K og Døssing M. KOL i Danmark, sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. 2003. København, Statens Institut for Folkesundhed.
7. Kjølner M og Rasmussen N.Kr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
8. Lange P, Parner J, Prescott E, Vestbo J. Chronic bronchitis in an elderly population. Age.Ageing. 2003;32:636-42.
9. Dahl R. Behandling af astma og kronisk obstruktiv lungelidelse. En systematisk kunskskabssammenstilling. MTV-NYT 2001;1:27-9.
10. Kræftens Bekæmpelse. Voksnes rygevaner. Kræftens bekæmpelses hjemmeside . 2004.
11. Stang P, Lydick E, Silberman C, Kempel A, Keating ET. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population. Chest. 2000;117:354S-9S.
12. Hurd SS. International efforts directed at attacking the problem of COPD. Chest. 2000;117:336S-8S.
13. Barnes PJ. Mechanisms in COPD: differences from asthma. Chest. 2000;117:10S-4S.

Cancer - af Mathilde Vinther-Larsen

Cancer	121
Prævalens	121
Problemer med prævalensopgørelser	121
Incidensopgørelse for cancer	122
Incidens for de ti hyppigste cancerformer hos kvinder.....	122
Figur 1: Aldersspecifik udviklingen i brystcancerincidens for kvinder.....	122
Figur 2: Aldersspecifik udvikling i incidens for ikke melanom hudcancer for kvinder.	123
Figur 3: Aldersspecifik udvikling i incidens for tyk- og endetarmscancer for kvinder.....	124
Figur 4: Aldersspecifik udvikling i incidens for lunge og tracheacancer for kvinder.	125
Figur 5: Aldersspecifik udvikling i incidens for æggestok-, æggeleder- og livmoderbåndcancer	126
Figur 6: Aldersspecifik udvikling i incidens for livmodercancer.	127
Figur 7: Aldersspecifik udvikling i incidens for modermærkecancer for kvinder.....	128
Figur 8: Aldersspecifik udvikling i incidens for hjerne- og nervesystemcancer for kvinder.	129
Figur 9: Aldersspecifik udvikling i incidens for livmoderhalscancer.....	130
Figur 10: Aldersspecifik udvikling i incidens for blærecancer for kvinder.....	131
Incidens for de ti hyppigste cancerformer hos mænd	132
Figur 11: Aldersspecifik udvikling i incidens for ikke melanom hudcancer for mænd.	132
Figur 12: Aldersspecifik udvikling i incidens for lunge- og tracheacancer for mænd.	133
Figur 13: Aldersspecifik udvikling i incidens for prostatacancer.	134
Figur 14: Aldersspecifik udvikling i incidens for tyk- og endetarmscancer for mænd.	135
Figur 15: Aldersspecifik udvikling i incidens for blærecancer for mænd.	136
Figur 16: Aldersspecifik udvikling i incidens for hjerne og nervesystemcancer for mænd.	137
Figur 17: Aldersspecifik udvikling i incidens for leukæmi for mænd.....	138
Figur 18: Aldersspecifik udvikling i incidens for nyrecancer for mænd.	139
Figur 20: Aldersspecifik udvikling i incidens for lymfom for mænd.	141
Problemer med incidensopgørelser	141
Validitet	143

Referencer..... 143

Cancer

Cancer betegner en række sygdomme, hvor de væsentligste fællestræk er, at en enkelt eller flere celler begynder en ukontrolleret deling og vækst. For mænd er de ti hyppigste cancerformer, listet med den hyppigste først: ikke-melanom hud, lunge, blærehals, tyk- og endetarm, urinblære, hjerne, herunder indgår også hinder og nerver, leukæmi, nyre og øvrige urinveje, modermærke og lymfeknude (non-hodgkin). For kvinder er de ti hyppigste: bryst, ikke-melanom hud, tyk- og endetarm, lunge, æggestok, livmoder, modermærke, hjerne (herunder indgår også hinder og nerver), livmoderhals og urinblære.¹

Det følgende vil tage udgangspunkt i Cancerregisterets opgørelser. Cancerregisteret blev oprettet i 1943, og opgørelserne bygger på tal fra 1943 og til 1999. De årstal der er vist i figurerne indikerer begyndelse året for en 5-årig opgørelsesperiode, dog med undtagelse af 1998, som kun indeholder tal fra 1998 og 1999 (2-årig periode). Det skal således bemærkes at incidensen i 1998 også indeholder opgørelsen fra 1999.

Prævalens

Ultimo 1999 var der 203.020 personer i live med en cancerdiagnose i Danmark; 123.769 kvinder og 79.251 mænd. For mænd er ikke-melanom hudkræft den cancerform, der har den største prævalens. I 1999 levede i alt 26.649 mænd med ikke-melanom hudkræft. For kvindernes vedkommende er brystcancer den mest prævalente cancerform. I alt levede 36.924 kvinder med denne cancerform.¹

Problemer med prævalensopgørelser

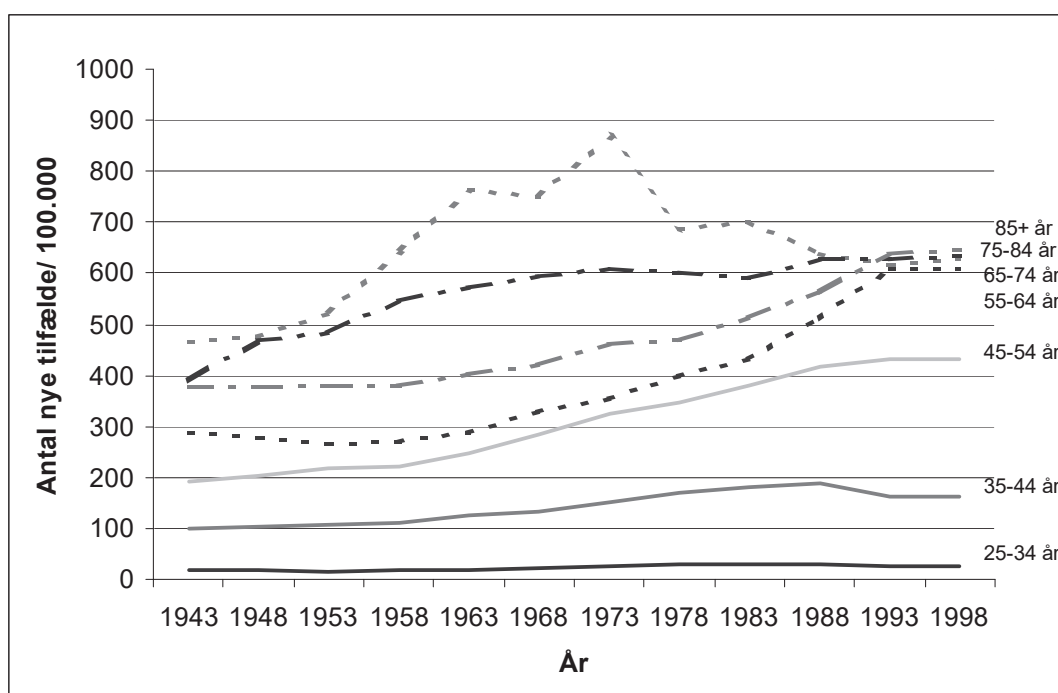
I prævalensopgørelsen over cancer indgår, udover ondartede svulster, også nogle få godartede svulster, da godartede svulster i hjerne, hjernehinder og urinveje er anmeldelsespligtige. Dette kan bevirke en beskedent overestimering af prævalensen af ondartede svulster. Desuden kan én person registreres flere gange i Cancerregisteret, idet der arbejdes med tumorer som enhed og ikke antal personer.¹ Dermed vil prævalensopgørelserne beskrive antallet af primærtumorer og ikke antallet af personer med en primærtumor. Derudover skal man være opmærksom på, at prævalensen for cancer defineres som det antal personer, der har fået stillet en diagnose. Derfor indebærer prævalensen også, at personer der har fået kurativ behandling, dvs. ikke har cancer længere, indgår i statistikken. Dette er i modsætning til f.eks. prævalensen af infektionssygdomme.

Incidensopgørelse for cancer

I 1999 blev der for mænd registreret 14.964 nye tilfælde af cancer, og for kvinder var antallet af nyregistrerede cancertilfælde 16.384. Incidensudviklingen i perioden 1943 - 1998 er forskellig afhængig af cancerform og aldersgruppe. Generelt forekommer der flest cancertilfælde blandt de ældste aldersgrupper, og incidensen for de 90+-årige er generelt meget ustabil, hvilket kan skyldes, at der er få personer indenfor hver enkelt cancerform i denne aldersgruppe. Incidensen fremstilles for 25-årige og opefter, da antallet af epitelcancertilfælde i de yngre aldersgrupper er få. For leukæmi og lymfecancer fremstilles incidensen dog for alle aldersgrupper, da disse cancerformer hyppigere inkluderer pædiatriske tilfælde.²

Incidens for de ti hyppigste cancerformer hos kvinder

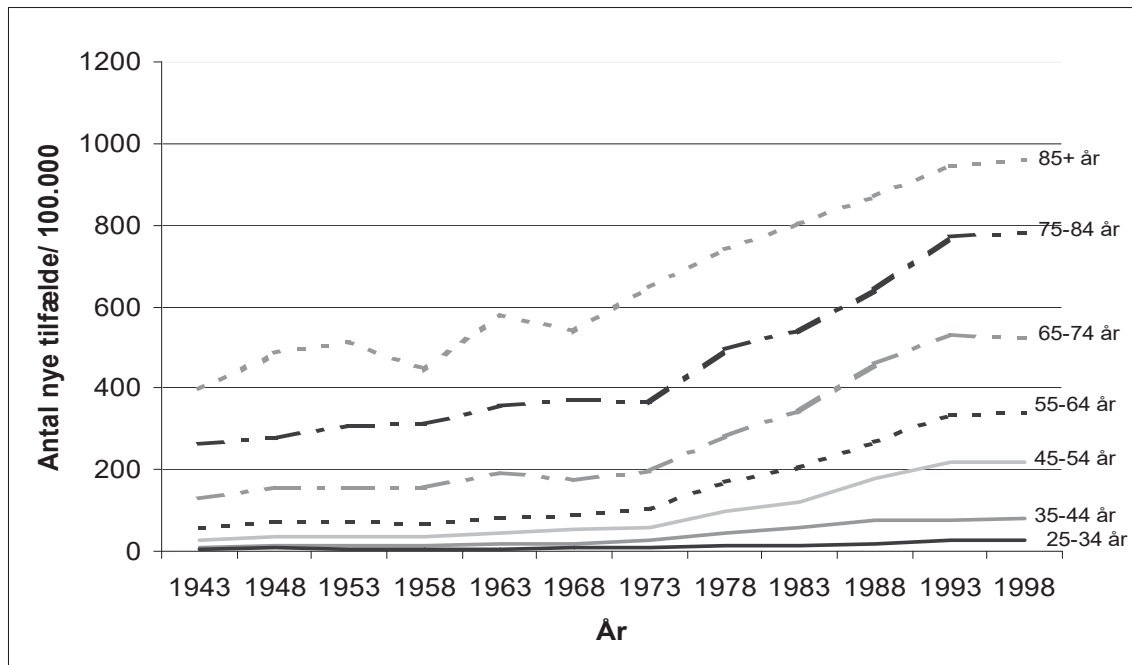
Figur 1: Aldersspecifik udviklingen i brystcancerincidens for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for brystcancer er stagnerende for den yngste aldersgruppe. For de øvrige aldersgrupper er der en stigning i incidensen gennem perioden, dog falder incidensen efter 1973 for de 85+-årige. Det ses ligeledes at incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 26/100.000 for de 25 - 34-årige og den højeste incidens er 647/100.000 for de 65 - 74-årige. (fig. 1)

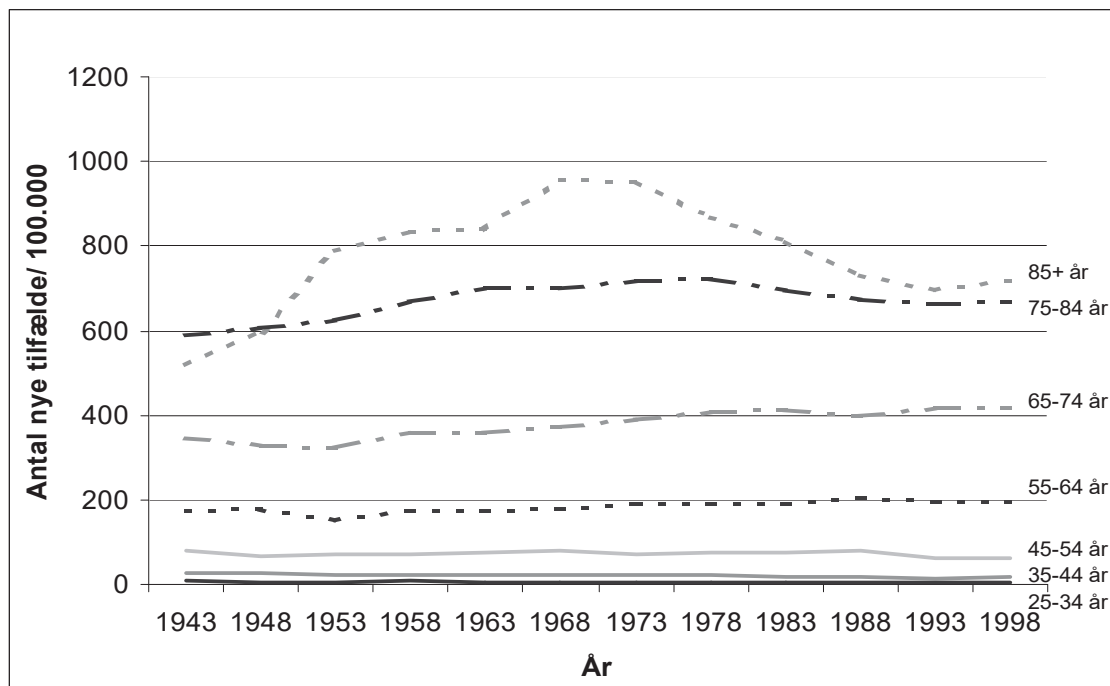
Figur 2: Aldersspecifik udvikling i incidens for ikke melanom hudcancer for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der er en generel stigning i incidensen af ikke melanom hudcancer for kvinder fra 1943 – 1998 i alle aldersgrupper. Ligeledes stiger incidensen med alderen. I 1998 er den laveste incidens 26/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 960/100.000 for de 85+-årige. (fig. 2)

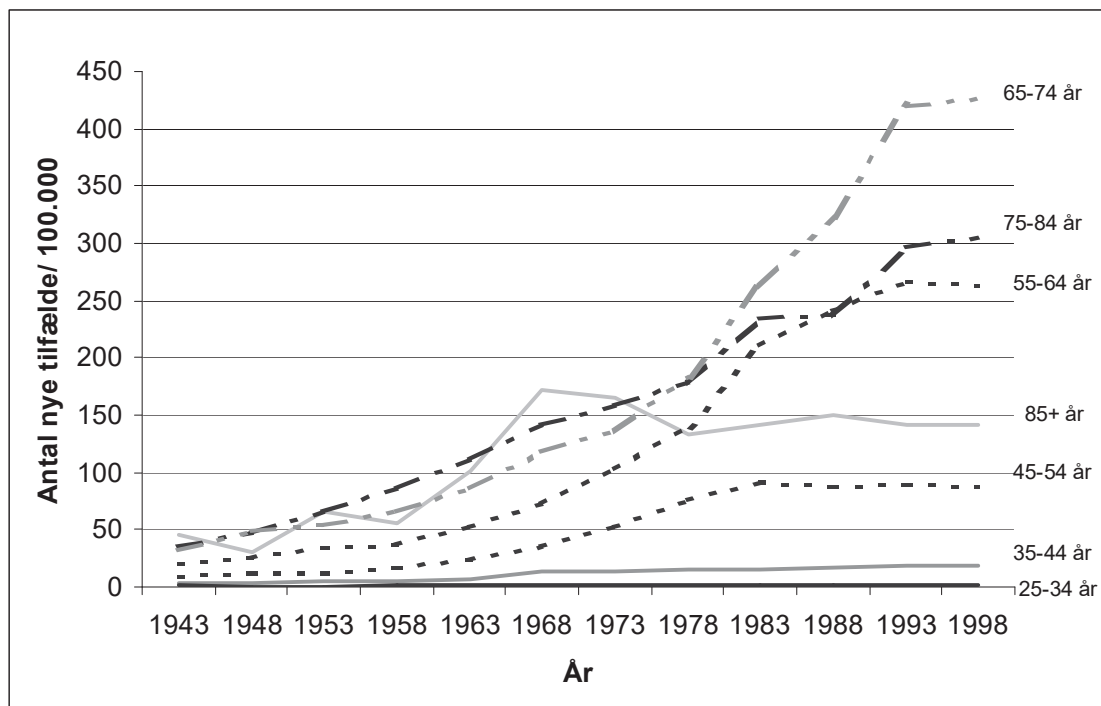
Figur 3: Aldersspecifik udvikling i incidens for tyk- og endetarmscancer for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for tyk- og endetarmscancer for kvinder er stagnerende for de yngste aldersgrupper. For de 65 - 90+-årige ses en stigning i incidensen over tid, dog falder den for de 85+-årige efter 1973. Incidensen stiger ligeledes med alderen. I 1998 er den laveste incidens 3/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 717/100.000 for de 85+-årige. (fig. 3)

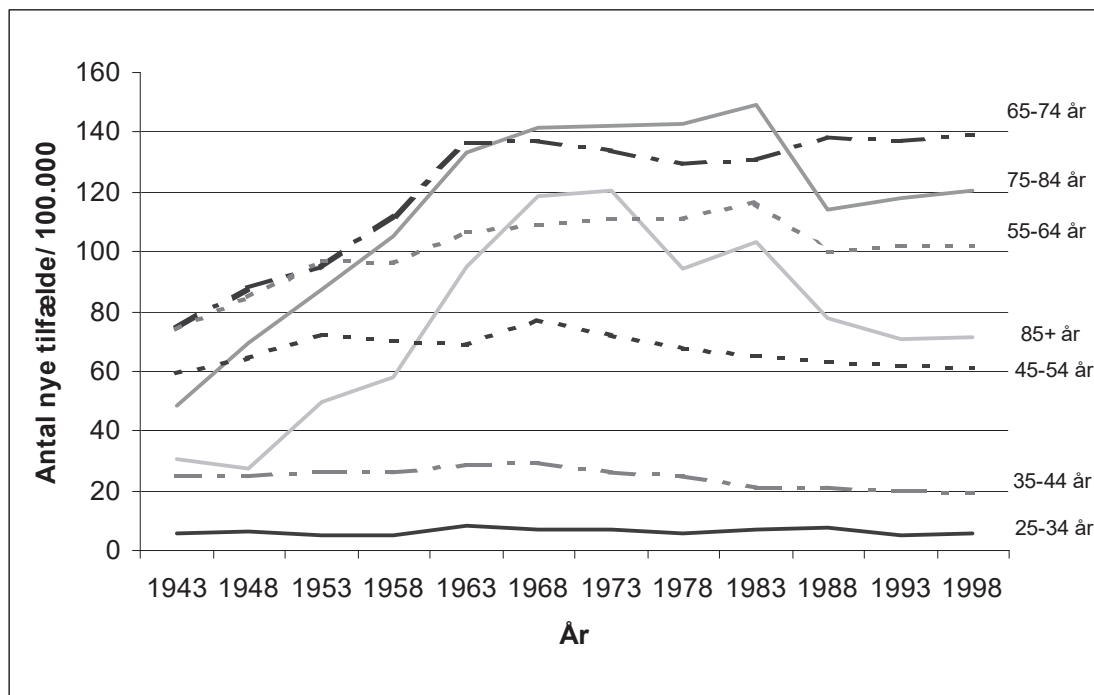
Figur 4: Aldersspecifik udvikling i incidens for lunge og tracheacancer for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der ses en stagnerende tendens i incidensen for lunge- og tracheacancer for kvinder for de sidste årtier for de to yngste aldersgrupper og for de 85+-årige. For resten af aldersgrupperne stiger incidensen gennem hele perioden. I 1998 er den laveste incidens 2/100.000 for de 25 - 34-årige og, den højeste incidens er 425/100.000 for de 65 - 74-årige. (fig. 4)

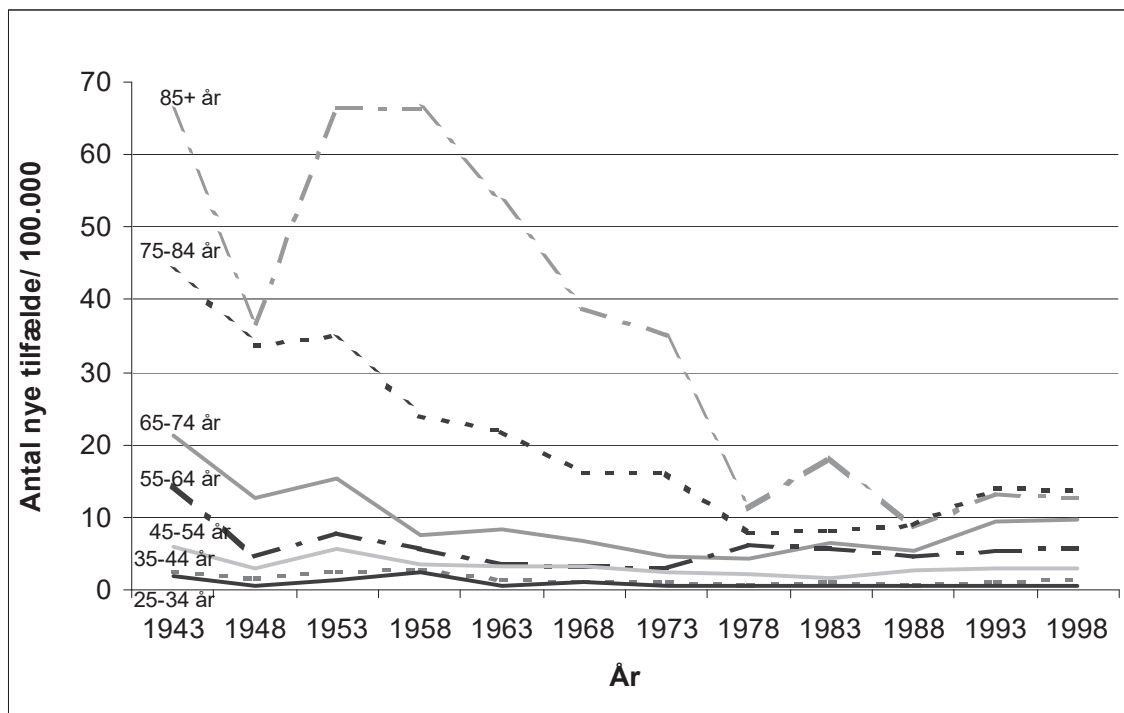
Figur 5: Aldersspecifik udvikling i incidens for æggestok-, æggeleder- og livmoderbåndcancer .



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

For de yngste aldersgrupper ses en nogenlunde stabil incidens for æggestok-, æggeleder- og livmoderbåndcancer gennem perioden. Incidensen i de ældre aldersgrupper stiger indtil perioden 1973 - 1983, hvorefter incidensen falder. I 1998 er den laveste incidens 6/100.000 for de 25 - 34-årige. Den højeste incidens er 139/100.000 for de 65 - 74-årige. (fig. 5)

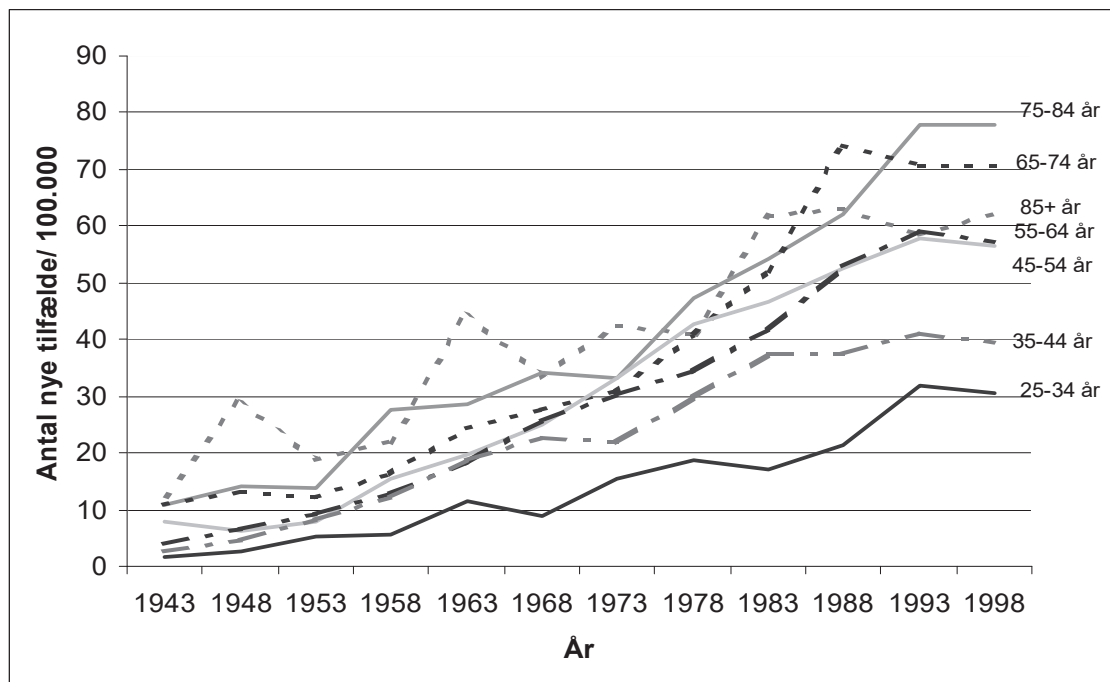
Figur 6: Aldersspecifik udvikling i incidens for livmodercancer.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der ses et fald i incidensen for livmodercancer for alle aldersgrupper indtil 1988, hvor incidensen i nogle aldersgrupper begynder at stige en smule. Incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 1/100.000 for de 25 - 34-årige og, den højeste incidens er 14/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 6)

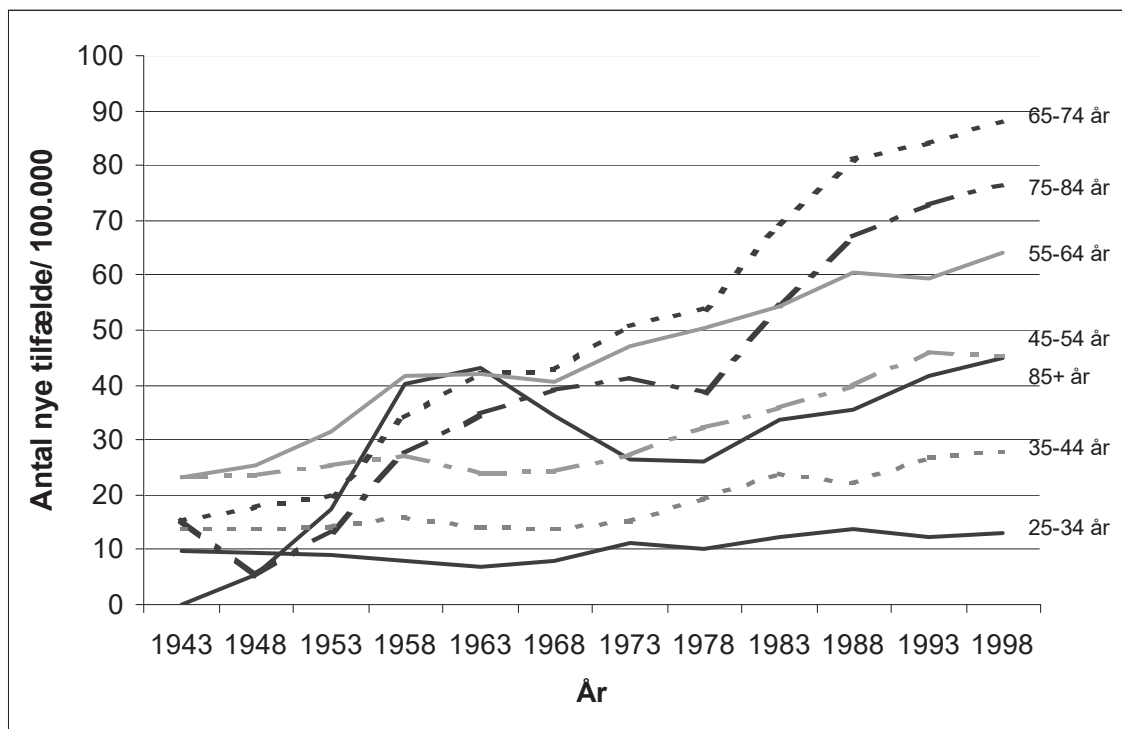
Figur 7: Aldersspecifik udvikling i incidens for modermærkecancer for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Gennem hele perioden ses en stigning i incidensen for modermærkecancer for kvinder for alle aldersgrupper, og incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 31/100.000 for de 25 - 34-årige og, den højeste incidens er 78/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 7)

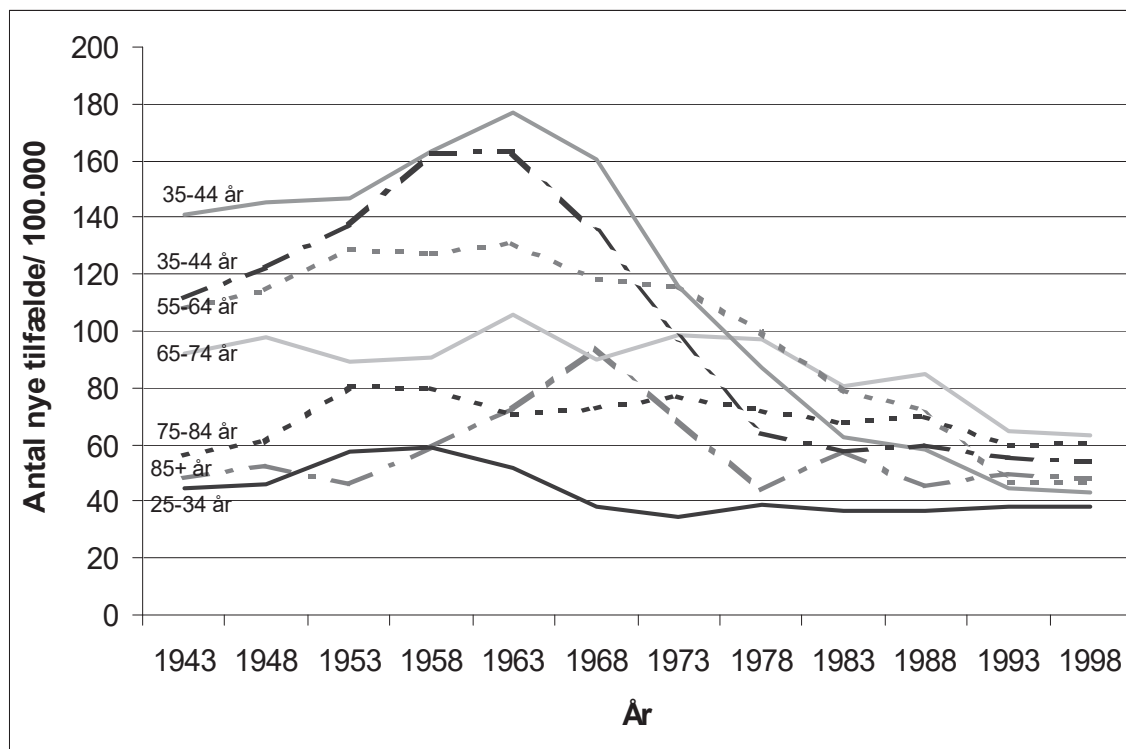
Figur 8: Aldersspecifik udvikling i incidens for hjerne- og nervesystemcancer for kvinder.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

For alle aldersgrupper ses en stigning i incidensen for hjerne- og nervesystemcancer for kvinder gennem perioden, dog falder incidensen i perioden 1963 - 1973 for de 85+-årige. I 1998 er den laveste incidens 13/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 88/100.000 for de 65 - 74-årige. (fig. 8)

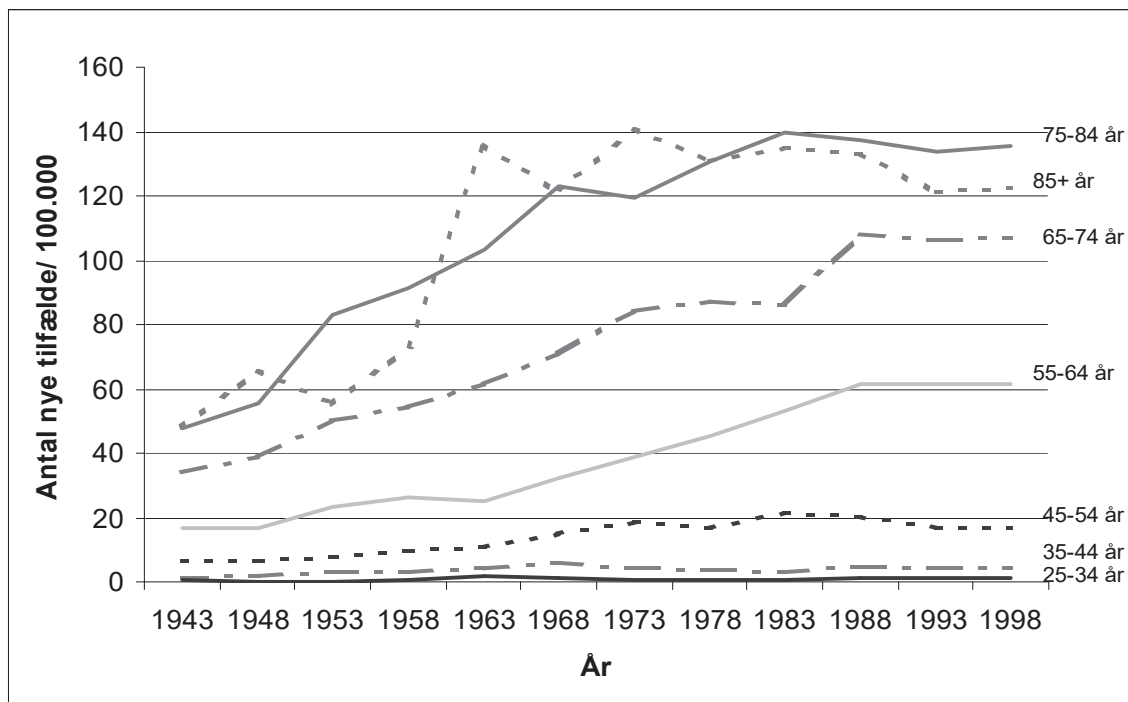
Figur 9: Aldersspecifik udvikling i incidens for livmoderhalscancer.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Generelt ses en stigning i incidensen for livmoderhalscancer indtil 1963, hvorefter incidensen så begynder at falde. I 1998 er den laveste incidens 38/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 63/100.000 for de 65 - 74-årige. (fig.9)

Figur 10: Aldersspecifik udvikling i incidens for blæreccancer for kvinder.

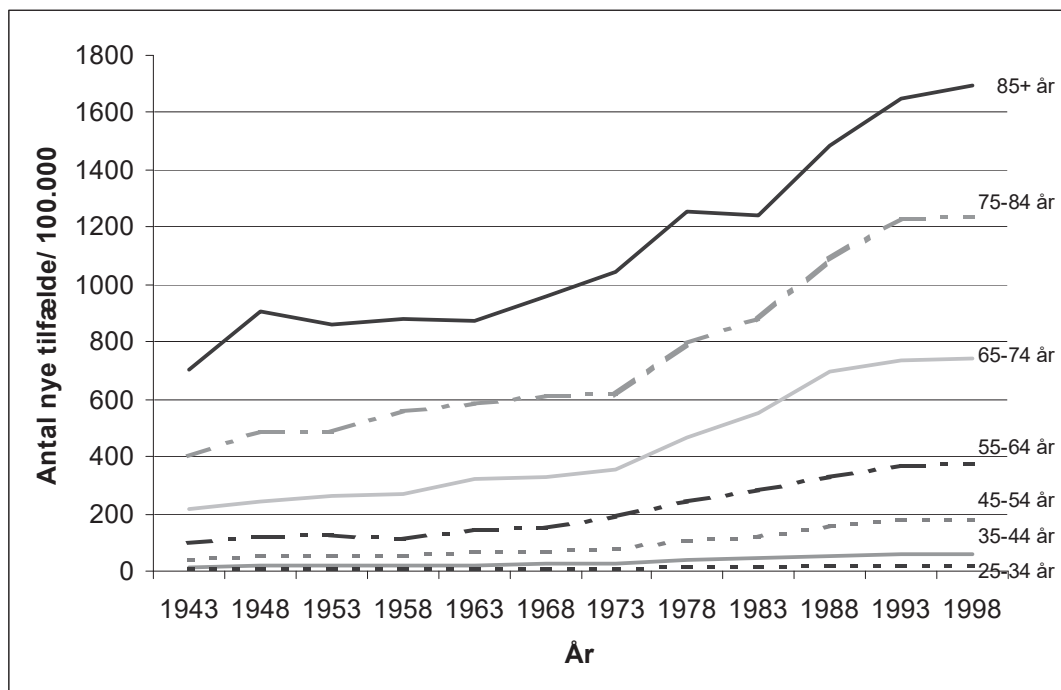


Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der ses en stagnerende tendens i incidensen for blæreccancer for kvinder for de yngre aldersgrupper. For de ældre aldersgrupper stiger incidensen gennem perioden. Ligeledes ses en stigende incidens med alderen. I 1998 er den laveste incidens 1/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 135/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 10)

Incidens for de ti hyppigste cancerformer hos mænd

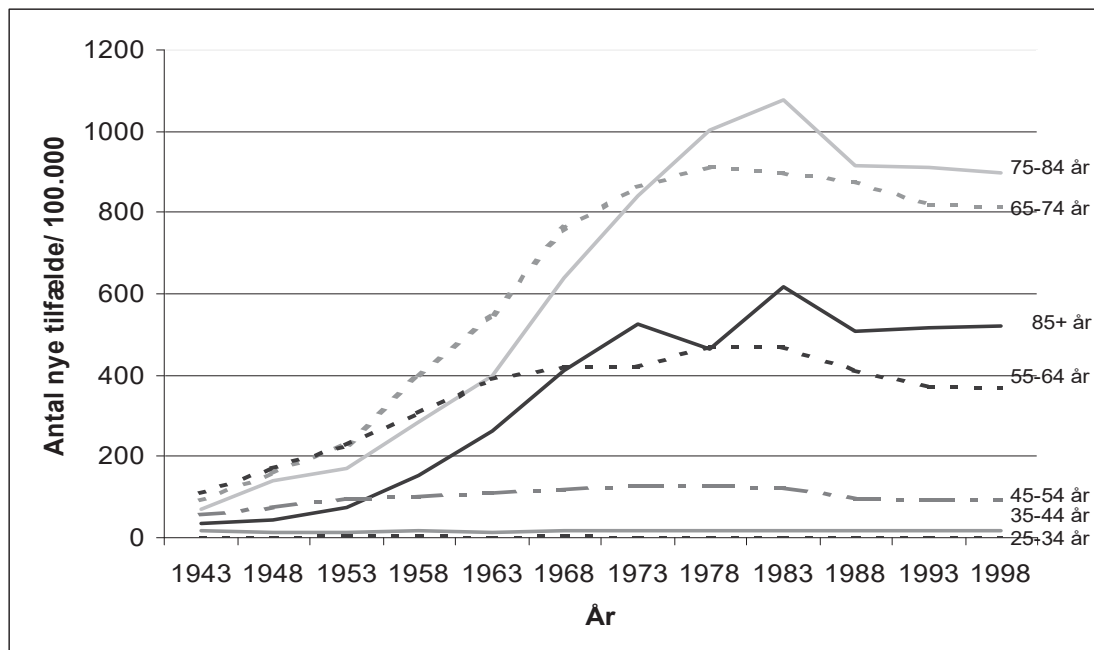
Figur 11: Aldersspecifik udvikling i incidens for ikke-melanom hudcancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for ikke-melanom hudcancer for mænd stiger gennem hele perioden for alle aldersgrupper, og der ses en stigning i incidensen med alderen. I 1998 er den laveste incidens 19/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 1.694/100.000 for de 85+-årige. (fig. 11)

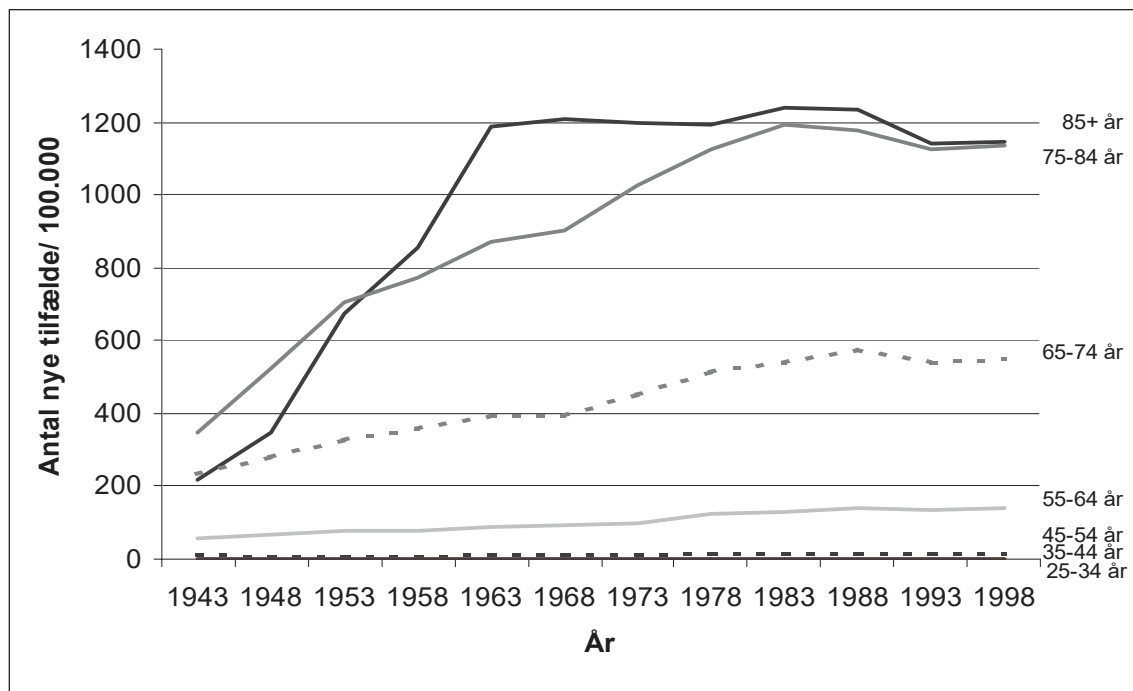
Figur 12: Aldersspecifik udvikling i incidens for lunge- og tracheacancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for lunge- og tracheacancer for mænd er stagnerende gennem perioden for de 25 - 54-årige. En stigende incidens indtil 1983 ses for de ældre aldersgrupper, herefter falder incidensen lidt. I 1998 er den laveste incidens 2/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 897/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 12)

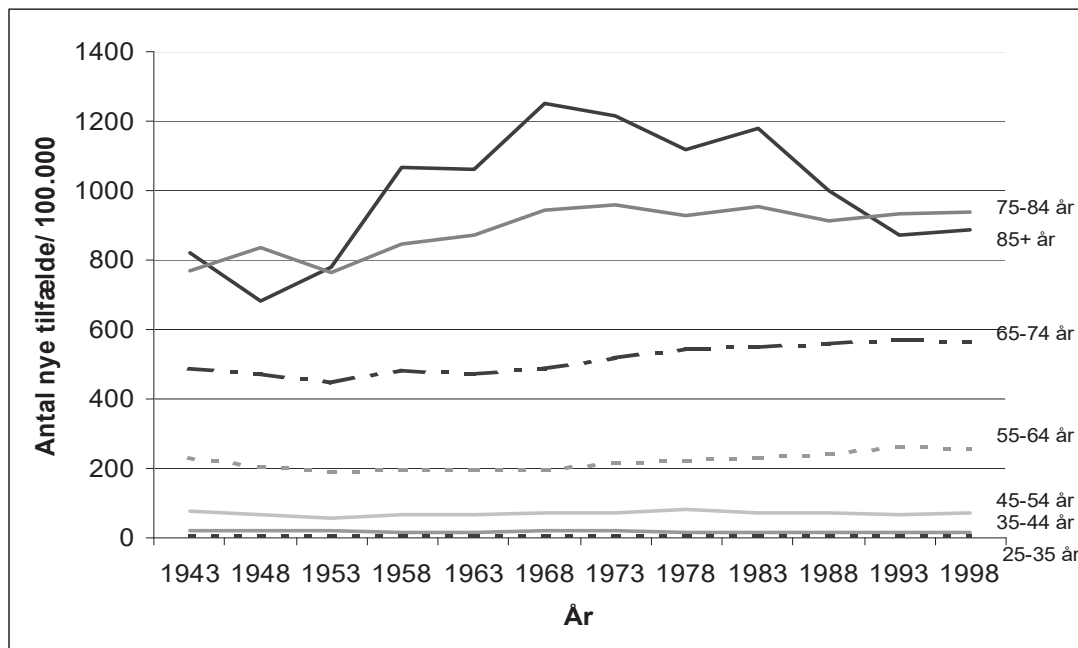
Figur 13: Aldersspecifik udvikling i incidens for prostatacancer.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der ses meget få tilfælde for de 25 - 54-årige og ingen ændring i incidensen for prostatacancer for denne aldersgruppe. Incidensen stiger for de andre aldersgrupper gennem perioden, dog med et lille fald efter 1988. Incidensen stiger ligeledes med alderen. I 1998 er den laveste incidens 0,1/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 1.146/100.000 for de 85+-årige. (fig. 13)

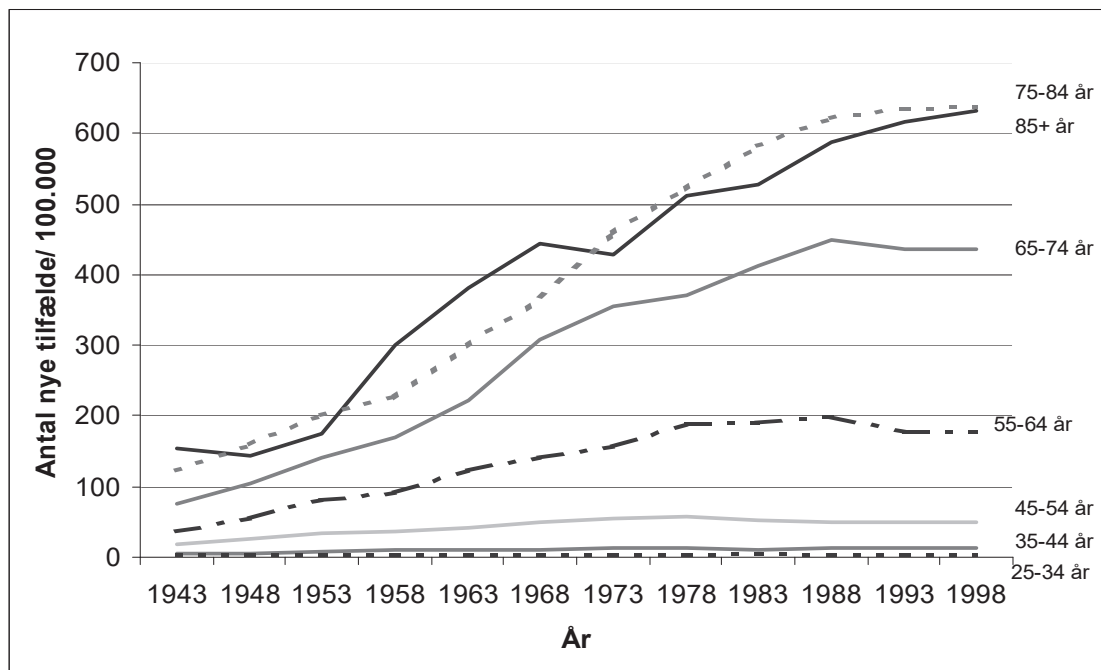
Figur 14: Aldersspecifik udvikling i incidens for tyk- og endetarmscancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for tyk- og endetarmscancer for mænd i de yngre aldersgrupper ændres ikke markant i løbet af perioden. For de ældre aldersgrupper stiger incidensen let, dog falder den for de 85 - 90+-årige efter 1968. Der ses ligeledes en stigende incidens med alderen. I 1998 er den laveste incidens 5/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 940/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 14)

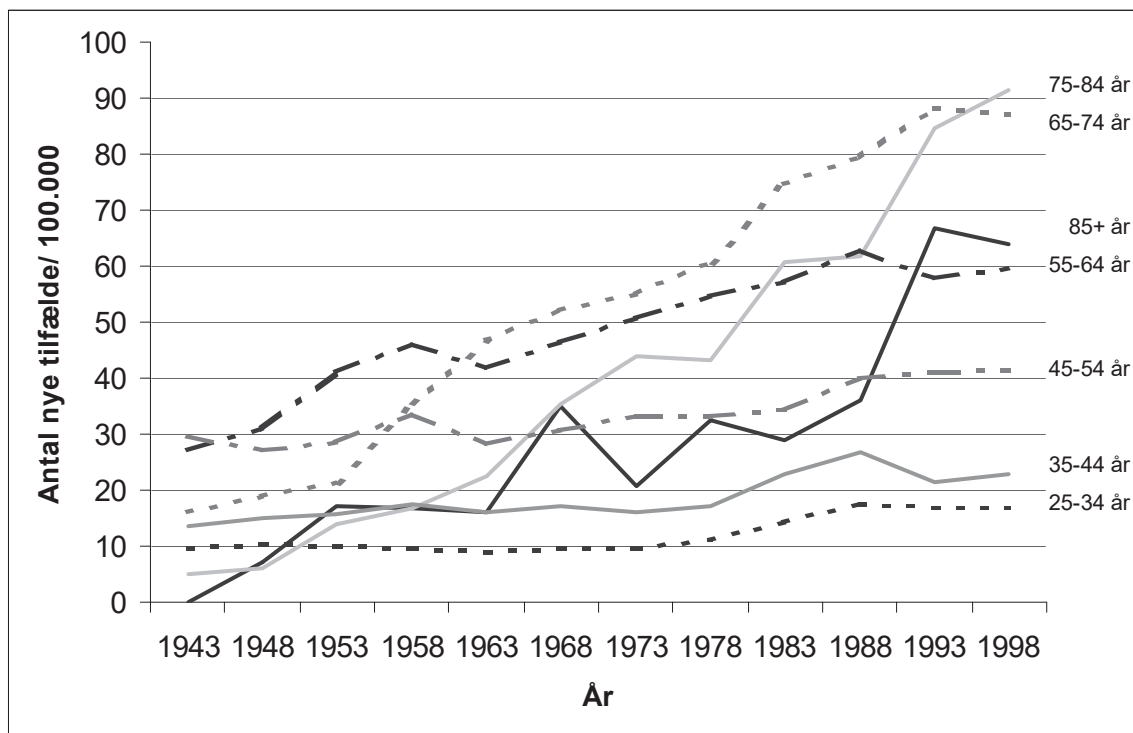
Figur 15: Aldersspecifik udvikling i incidens for blærecancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

For blærecancer for mænd gælder, at der er en stigende tendens gennem hele perioden for alle aldersgrupper, dog ingen markant ændring i de to yngste aldersgrupper. Der ses en tendens til at incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 4/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 638/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 15)

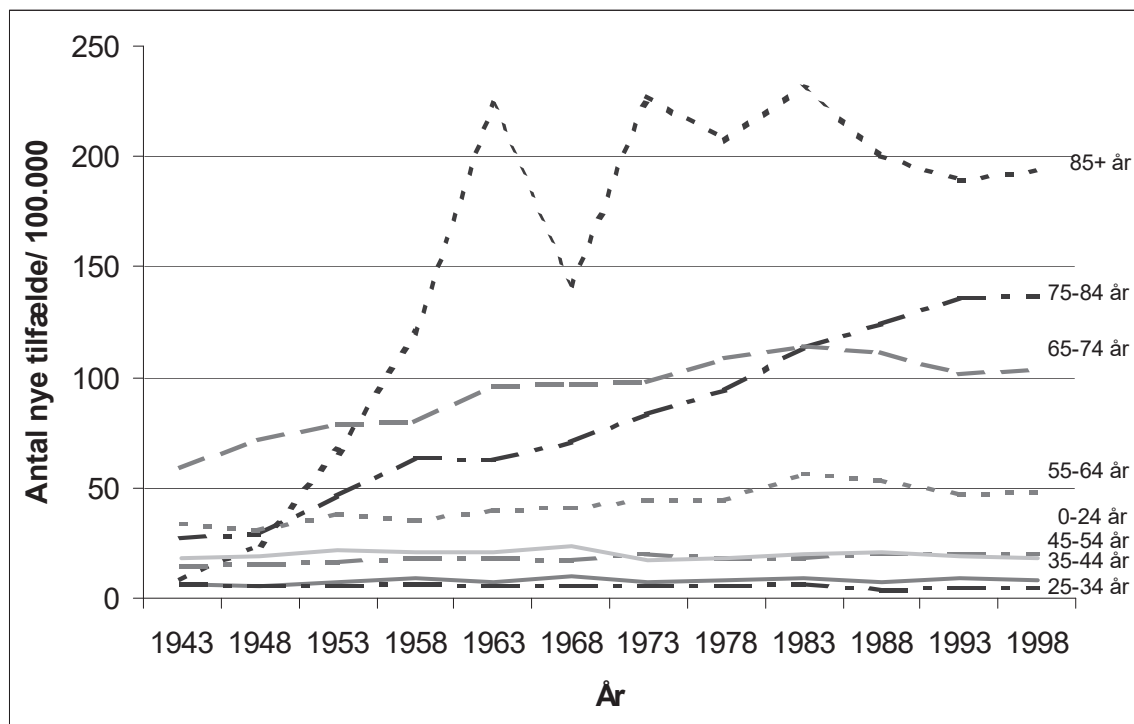
Figur 16: Aldersspecifik udvikling i incidens for hjerne og nervesystemcancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for hjerne- og nervesystemcancer for mænd er stigende for alle aldersgrupper gennem hele perioden. I 1998 er den laveste incidens 17/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 92/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 16)

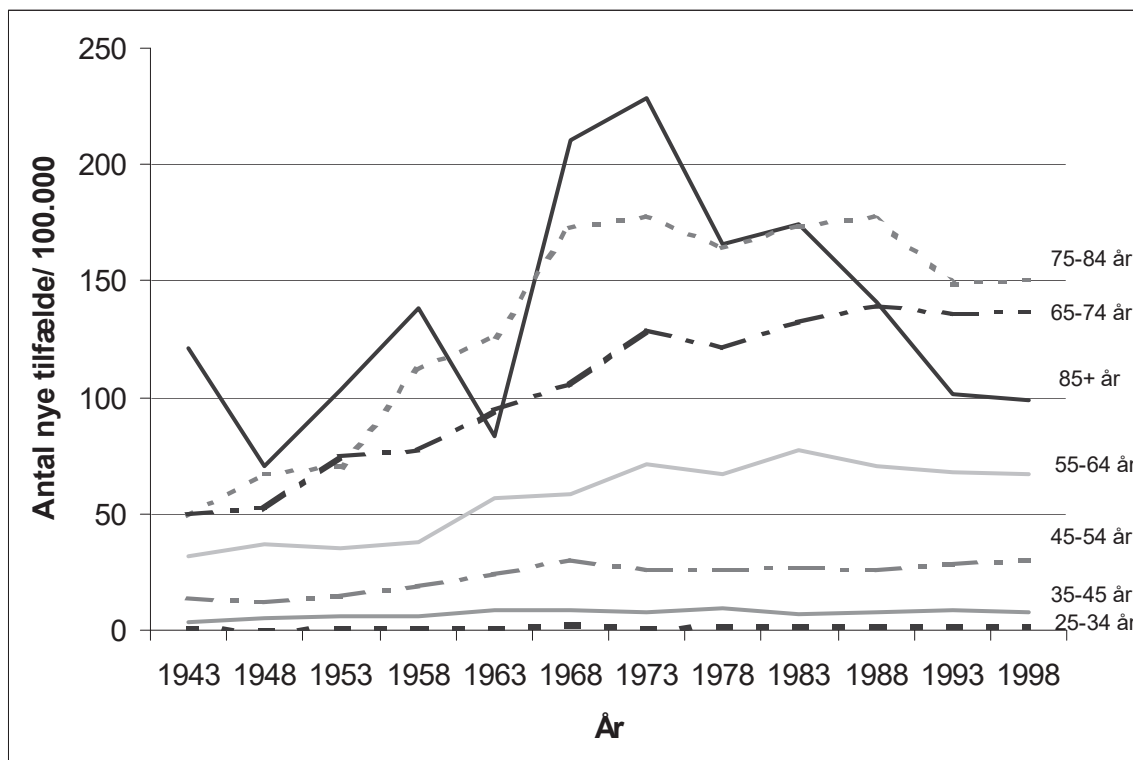
Figur 17: Aldersspecifik udvikling i incidens for leukæmi for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Der ses ingen markant ændring i incidensen for leukæmi for mænd gennem perioden for de 0 - 55-årige. For de øvrige aldersgrupper ses en stigende tendens i incidensen indtil 1983, hvorefter der kommer et lille fald for de fleste aldersgrupper, dog ses en fortsat stigning for de 75 - 84-årige. I 1998 er den laveste incidens 4/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 194/100.000 for de 85+-årige. (fig. 17)

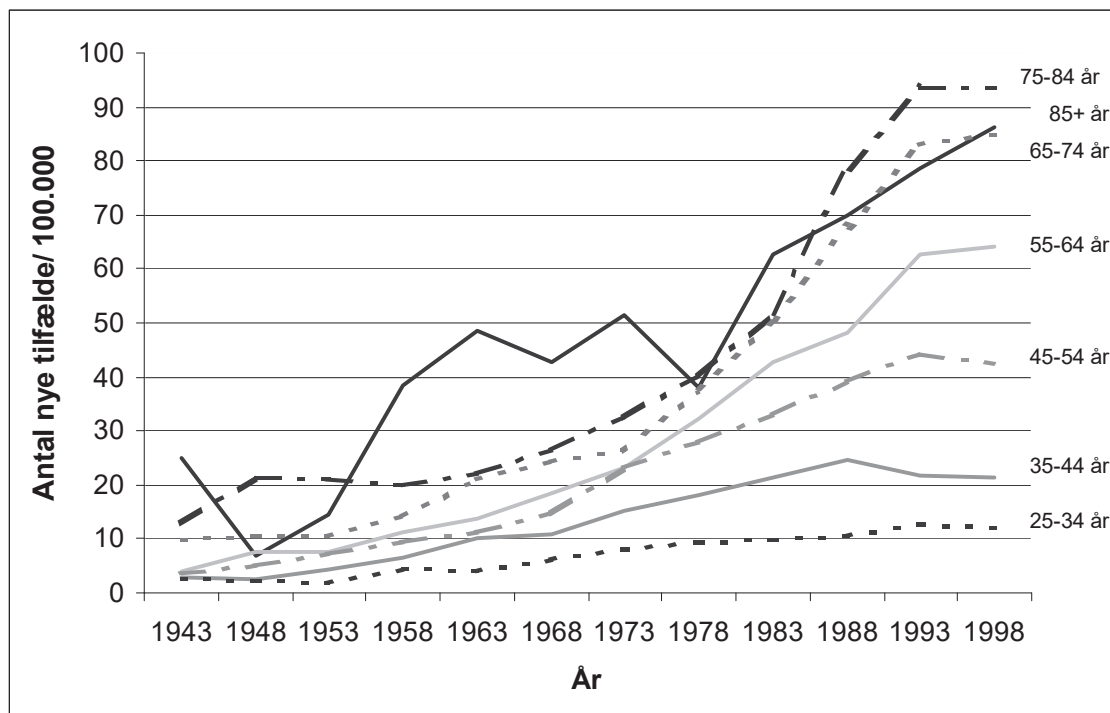
Figur 18: Aldersspecifik udvikling i incidens for nyrecancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for nyrecancer for mænd for de yngre aldersgrupper, de 25 - 44-årige, ændres ikke markant gennem perioden. Der ses en stigning i incidensen gennem periode for de resterende aldersgrupper, dog falder incidensen for de 85+-årige efter 1973 og for de 75 - 84-årige efter 1988. I 1998 er den laveste incidens 2/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 150/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 18)

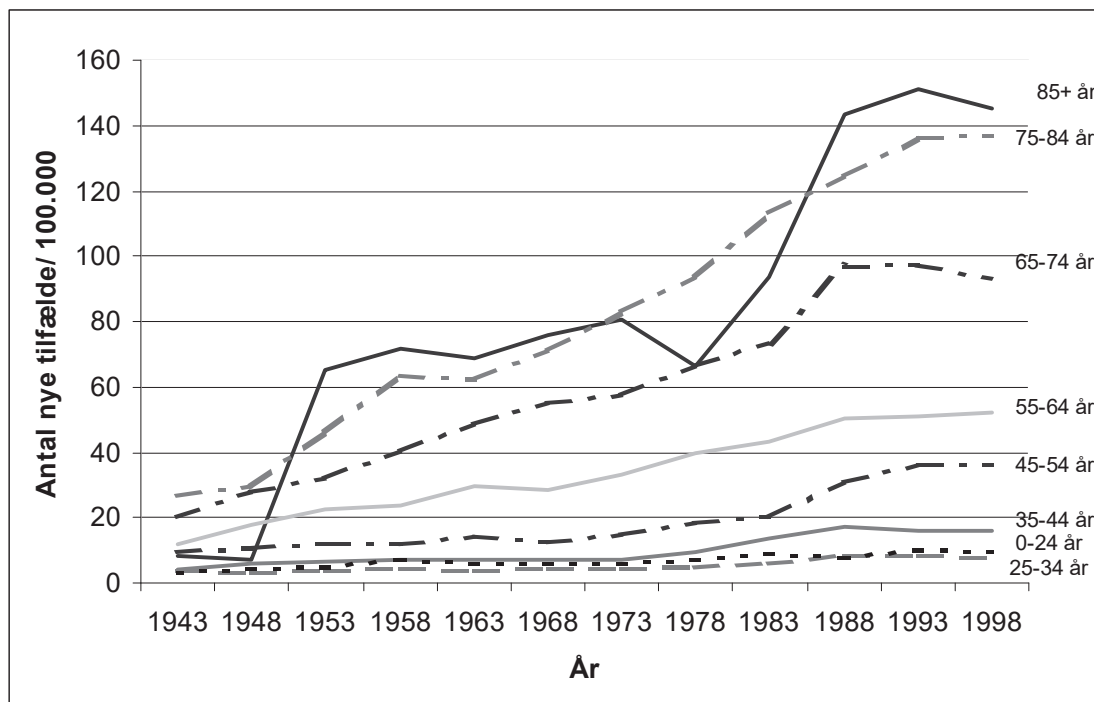
Figur 19: Aldersspecifik udvikling i incidens for modermærkecancer for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for modermærkecancer for mænd er stigende gennem hele perioden for alle aldersgrupper, og der er tendens til, at incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 12/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 93/100.000 for de 75 - 84-årige. (fig. 19)

Figur 20: Aldersspecifik udvikling i incidens for lymfom for mænd.



Kilde: SST,CR, Kræftens Bekæmpelse

Incidensen for lymfom for mænd er generelt stigende for alle aldersgruppe gennem hele perioden, og incidensen stiger med alderen. I 1998 er den laveste incidens 8/100.000 for de 25 - 34-årige, og den højeste incidens er 145/100.000 for de 85+-årige. (fig. 20)

Problemer med incidensopgørelser

Incidensopgørelserne er opgørelser over antal nye kræfttilfælde og ikke en opgørelse over antal nye personer med kræfttilfælde, da Cancerregisterets enhed er antal tumorer. En underregistrering af primærtumorer kan forekomme, da hospitalsafdelinger ikke altid vil registrere nummer to primærtumor hos en patient med allerede én primærtumor.³ Denne underregistrering af primærtumorer medfører en underestimering af incidensen, da incidensopgørelserne har primærtumorer som enhed. I 1978 blev klassifikationen af en primærtumor ændret. Fra 1943 - 1977 blev primærtumorer defineret som uafhængige tumorer, der opstår i forskellige organer, men fra 1978 er primærtumorer defineret som uafhængige tumorer, der opstår i forskellige organer eller forskellige dele af det samme organ.³ Den ændring i klassifikationen af en primærtumor kan bevirke, at flere tumorer bliver klassificeret som en primærtumor, og hermed vil der registreres flere incidente tilfælde. Overregistrering kan ligeledes forekomme, da en sekundær tumor hos en patient,

der allerede har en primærcancer diagnosticeret, kan rapporteres som en primærtumor. Overregistrering i Cancerregisteret prøves dog at blive holdt minimalt ved at sammenholde hver nyrapporteret cancer med tidligere rapporteringer på samme patient.³

Cancerregisteret sammenkøres med både LPR og Dødsårsagsregisteret. Dette har bevirket en højere complethedegrad*, og sammenkørslen med LPR i 1987 øgede complethedegraden med 3 - 5 %.⁴ Dette betyder at incidensopgørelserne før 1987 underestimerer den reelle incidens, idet ikke alle cancertilfælde fra hospitalerne blev registeret i cancerregisteret.

Hver enkel incidensopgørelse for hver cancerform kan være påvirket af forskellige faktorer og begivenheder. Ved incidensopgørelser skal man f.eks. være opmærksom på ændrede behandlingsprocedurer og indførslen af forskellige screeningsprocedurer. Eksempelvis kan incidensopgørelsen for prostata være påvirket af indførslen af test for prostata specifikt antigen (PSA) i midt 80'erne og øget brug af TURP*. Begge dele medfører øget diagnosticering af prostatacancertilfælde, hvilket kan medføre, at incidensen øges.^{5:6} Ligeledes kan incidensopgørelser over brystcancer være påvirket af indførslen af brystscreening. Efter indførsel af brystscreening i Frederiksberg og Københavns kommune samt Fyns amt forventes det, at incidensen i disse områder stiger midlertidigt grundet et prævalenspeak, da screening medfører at brystcancer blot findes i et tidligere stadie. Screeningen kan også føre til en overdiagnosticering af brystcancer og hermed påvirke incidensen til at stige kunstigt. En undersøgelse viser dog, at en velorganiseret screening kan fungere uden overdiagnosticering.⁷ Ligeledes har indførslen af organiseret screening af livmoderhalscancer haft en betydning på incidensen af livmoderhalscancer. Siden midten af 1960'erne er organiseret screening for livmoderhalscancer blevet mere og mere udbredt landet over, hvilket har betydet, at incidensen er faldet markant, da screening for livmoderhalscancer medfører fund af dysplasi, der kan behandles inden, det udvikler sig til cancer.^{8:9}

Der er ligeledes faktorer og begivenheder, der påvirker incidensopgørelserne generelt. I 1987 blev anmeldelsen til Cancerregisteret gjort obligatorisk. I første omgang ville dette resultere i at flere tilfælde blev anmeldt, og at incidensen hermed steg. Skiftet fra frivillig til obligatorisk indberetning medførte dog ikke nødvendigvis en stigning i incidensen, da der før 1987 allerede var sikret en høj

* Complethedegraden er defineret som de registrerede cancertilfælde divideret med alle tilfælde af cancer i den population, som registeret dækker.

* TURP: Transuretharal resection of the prostata

komplethedegrad.⁴ Sidst i perioden 1971 - 1980 faldt obduktionshyppigheden for cancerpatienter, så den lå under den gennemsnitlige totale obduktionshyppighed. Samtidig faldt den gennemsnitlige totale obduktionshyppighed i samme periode med 7 %. Det har dog ikke den store betydning på den totale incidens, da beregninger har vist, at kun 0,2 % tilfælde forblev uopdaget grundet den faldende obduktionshyppighed.¹⁰ En anden faktor, der kan påvirke, er, at obduktionshyppigheden er lav ved død i høj alder, hvilket kan have betydning for den sande incidens af prostatacancer.¹⁰ Ved incidensopgørelser for cancer skal der således tages højde for forskellige faktorer, der påvirker incidensen af de enkelte cancerformer, samt generelle forhold der påvirker alle cancerformer.

Validitet

Da incidensopgørelserne bygger på Cancerregisterets opgørelser, vil en gennemgang af validitetsopgørelser af Cancerregisteret være relevant.

Cancerregisteret opfattes som komplet og af høj kvalitet, grundet lang periode med landsdækkende cancerregistrering, og fordi anmeldelserne ofte er fra forskellige kilder.^{4;11;12} Generelt er Cancerregisterets complethedegrad høj og ligger på 95 - 98 %, når den sammenholdes med tilfælde registreret i LPR.⁴ Complethedegraden er dog forskellig fra cancerform til cancerform. Der mangler f.eks. identificering af 2,2 % af patienterne med cervicalcancer,¹³ og en undersøgelse viser, at kun 86 % af hospitalsafdelinger anmelder blæretumorer.¹⁴

Cancerregisteret opfattes dog generelt som værende validt, og derfor vil incidensopgørelser ud fra Cancerregisteret generelt vise den reelle incidens.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 1999 - nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2003. www.sst.dk
2. DePinho RA. The age of cancer. *Nature*. 2000;408:248-54.
3. Jensen OM, Storm HH, Jensen HS. Cancer registration in Denmark and the study of multiple primary cancers, 1943-80. *Natl.Cancer Inst.Monogr*. 1985;68:245-51.
4. Storm HH, Michelsen EV, Clemmensen IH, Pihl J. The Danish Cancer Registry-history, content, quality and use. *Dan.Med.Bull*. 1997;44:535-9.

5. Brasso K, Friis S, Kjaer SK, Jorgensen T, Iversen P. Prostate cancer in Denmark: a 50-year population-based study. *Urology*. 1998;51:590-4.
6. Møller H. Trends in incidence of testicular cancer and prostate cancer in Denmark. *Human reproduction* 2001;16:1007-11.
7. Olsen AH, Jensen A, Njor SH, Villadsen E, Schwartz W, Vejborg I et al. Breast cancer incidence after the start of mammography screening in Denmark. *Br.J Cancer* 2003;88:362-5.
8. Sigurdsson K. The Icelandic and Nordic cervical screening programs: trends in incidence and mortality rates through 1995. *Acta Obstet.Gynecol.Scand* 1999;78:478-85.
9. Lynge E, Madsen M, Engholm G. Effect of organized screening on incidence and mortality of cervical cancer in Denmark. *Cancer Res*. 1989;49:2157-60.
10. Storm HH, Andersen J. Autopsihyppighed blandt cancerpatienter i Danmark 1971-1980. *Ugeskr.Laeger*. 1986;148:1110-4.
11. Osterlind A, Jensen OM. Evaluering af cancerregistreringen i Danmark 1977. En præliminær evaluering af cancerregistrets og landspatiensregistrets registrering af cancertilfælde. *Ugeskr.Laeger*. 1985;147:2483-8.
12. Storm H. H. Validitet af danske dødsattester for cancerpatienter 1977. 5-66. 7-5-1984. *Kræftens Bekæmpelse*.
13. Storm HH. Completeness of cancer registration in Denmark 1943-1966 and efficacy of record linkage procedures. *Int J Epidemiol* 1988;17:44-9.
14. Eldrup J, Borly L, Rasmussen HM, Amstrup JH. Sygdomsklassifikation - hvordan registreres blæretumor. *Ugeskr.Laeger*. 1995;157:4816-8.

Yderligere oplysninger på hjemmesider

Publikationen findes på Statens Institut for Folkesundheds hjemmeside under ”statistisk”. Nedenfor er anført de vigtigste hjemmesider, hvor supplerende informationer om sygdommene og deres forekomst kan forefindes.

Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne: www.si-folkesundhed.dk

Cancer:

Cancerregistret (sundhedsstyrelsen): www.sst.dk/publ/publ2003/Cancer_Incidens_DK_1999.pdf

Kræftens Bekæmpelse: www.cancer.dk

Hjertekar-sygdomme:

Hjerteforeningen: www.hjerteforeningen.dk

Osteoporose:

Osteoporoseforeningen: www.osteoporose-f.dk

Type 2-diabetes:

Diabetesforeningen: www.diabetes.dk

Muskel- og skeletsygdomme:

Gigtforeningen: www.gigtforeningen.dk

Rygforeningen: www.rygforeningen.dk

KOL:

GOLD: www.goldcopd.dk

Overfølsomhedssygdomme:

Astma-allergi forbundet: www.astma-allergi.dk

Psykiske lidelser:

Det Psykiatriske Centralregister: www.psychdem.dk/regbesk.htm

Nye tal fra sundhedsstyrelsen (behandlingsstatistik): www.sst.dk, under ”Nye tal - 2203:9”