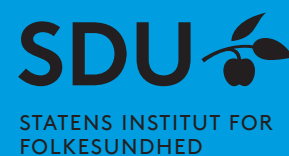


Maja Bæksgaard Jørgensen, Michael Davidsen,
Anne Illemann Christensen, Lone Prip Buhelt,
Janne Schurmann Tolstrup



Leddegigt i Danmark

Nøgletal 2018

**Leddegigt i Danmark
Nøgletal 2018**

Udarbejdet for Gigtforeningen af:

Forsker, ph.d., cand.oecon. Maja Bæksgaard Jørgensen, seniorforsker, cand.scient. Michael Davidsen, seniorrådgiver, ph.d., cand.scient. san. publ. Anne Illemann Christensen og forskningschef, professor, dr.med. Janne Schurmann Tolstrup og videnskabelig medarbejder, MPH. Lone Prip Buhelt fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Copyright © 2018
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-395-3

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Rapporten *Leddegigt i Danmark. Nøgletal 2018* belyser forekomsten af leddegigt i den voksne danske befolkning. Endvidere beskriver rapporten populationens helbred, trivsel og sygelighed samt estimerer antallet af sygdomsspecifikke sygedage, det kortsigtede produktionstab, den offentlige kasses refusion af sygedagpenge og omkostningerne til hjemmehjælp- og praktisk hjælp. Denne rapport benytter spørgeskemadata fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og registeroplysninger fra Landspatientregistret. Endvidere indhentes der oplysninger fra en række andre relevante nationale registre.

Rapporten er udarbejdet for Gigtforeningen og gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af forsker, ph.d., cand.oecon. Maja Bæksgaard Jørgensen, seniorforsker, cand.scient. Michael Davidsen, seniorrådgiver, ph.d., cand.scient.san.publ. Anne Illemann Christensen og forskningschef, professor, dr.med. Janne Schurmann Tolstrup og videnskabelig medarbejder, MPH. Lone Prip Buhelt fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Januar 2018

Janne Schurmann Tolstrup
Forskningschef,
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Sammenfatning	4
1 Baggrund og formål.....	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Forekomst af leddegigt	5
1.3 Formål	5
2 Materiale og metode	6
2.1 Datamateriale	6
2.2 Metode	7
3 Resultater	9
3.1 Forekomst af leddegigt i den danske befolkning	9
3.2 Beskrivelse af personer med leddegigt	10
3.3 Helbred og trivsel	10
3.4 Sygelighed	15
3.5 Sygedage, produktionstab og refusion af sygedagpenge	17
3.6 Hjemmehjælp og praktisk hjælp	17
4 Referencer.....	18

Bilag A: Oversigt over anvendte spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013

Bilag B: Udklip af anvendte spørgsmål

Bilag C: Tabelforklaring: Hvad er en odds ratio (OR)?

Sammenfatning

Leddegigt er en betændelsesreaktion i leddene, der skyldes ændringer i immunsystemet. Tilstanden kan føre til funktions- og aktivitetsbesvær og er ofte forbundet med markante smerter. Formålet med rapporten *Leddegigt i Danmark. Nøgletal 2018* er at give et overblik over personer med leddegigt i Danmark og beskrive populationens helbred, trivsel og sygelighed. Samtidigt belyser undersøgelsen antallet af sygdomsspecifikke sygedage, det kortsigtede produktionstab, den offentlige kasses refusion af sygedagpenge samt omkostningerne til hjemmehjælp og praktisk hjælp.

Tallene i rapporten er baseret på spørgeskemadata fra den repræsentative Nationale Sundhedsprofil fra 2013 samt relevante nationale registre såsom Landspatientregisteret. Personer med leddegigt udgør i denne rapport alle personer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013, der i Landspatientregisteret er registeret med ambulant kontakt eller en heldøgnsindlæggelse, hvor aktionsdiagnosen eller bidiagnosen er leddegigt. Der anvendes data fra Landspatientregisteret tilbage til 1994.

Rapporten består af to dele, hvoraf den ene angiver forekomsten af personer med leddegigt samt beskriver populationens helbred, trivsel og sygelighed. Der indgår tabeller og figur, der præsenterer forekomsten af de forskellige fokusområder for voksne over 16 år. I tabellerne præsenteres desuden odds ratio (OR), som er et mål for, om sandsynligheden er mindre eller større mellem personer med og uden leddegigt. Den anden del af rapporten estimerer udvalgte meromkostninger, som er forbundet med leddegigtsygdommen. Meromkostningerne er estimeret ved hjælp af en såkaldt totrinsmodel.

I alt blev der registeret 1.529 personer med leddegigt via Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Dette svarer til, at 0,81 % eller 36.899 af danskerne led af leddegigt i 2013. Af rapporten fremgår det, at flere kvinder end mænd har leddegigt. Personer med leddegigt er ofte ældre og har kortere uddannelse end personer uden leddegigt. I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater:

Helbred og trivsel

Personer med leddegigt sammenlignet med personer uden leddegigt har en:

Lavere sandsynlighed for:

- At have et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred
- At være moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden.

Højere sandsynlighed for:

- At have et dårligt fysisk helbred
- At have et højt stressniveau
- At have stillesiddende fritidsaktiviteter.

Sygelighed

Personer med leddegigt sammenlignet med personer uden leddegigt har en:

Højere sandsynlighed for:

- At have multisygdom
- At have smerter eller ubehag i henholdsvis i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, skulder eller nakke og ryg eller lænd.

Sygedage, refusion af sygedagpenge samt hjemmehjælp og praktisk hjælp

Personer med leddegigt havde i gennemsnit 5,6 ekstra sygedage i 2013. Dette generede i alt knap 50.000 ekstra sygedage, svarende til et samlet produktionstab på 67,3 mio. kr.

Samtidig viser rapporten, at leddegigt i 2013 kostede det offentlige 65,1 mio. kr. i form af refusion af sygedagpenge. De samlede omkostninger til hjemmehjælp og praktisk hjælp til personer med leddegigt udgjorde i 2013 161,5 mio. kr. for det danske samfund.

1 Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Gigtsygdomme dækker over mere end 200 diagnoser og omfatter sygdomme og besvær relateret til knogler, muskler, sener og led. En af de hyppigst forekommende gigtsygdomme i Danmark er leddegigt – også kaldet reumatoid artrit¹. Leddegigt er en kronisk inflammatorisk sygdom, som skyldes, at kroppens egne celler angriber raske celler i leddet. Herved opstår der betændelse, som kan føre til destruktion af de berørte led. Karakteristiske symptomer på leddegigt inkluderer derfor stivhed, smerte og hævelse samt tab af bevægelighed i leddene².

Den præcise årsag, til at nogle personer udvikler leddegigt er uvis, men både genetiske og miljømæssige faktorer har betydning for udvikling af sygdommen såsom rygning^{3,4}. Udover at mange patienter lever med kroniske smerter, øger sygdommen desuden den pågældendes risiko for udvikling af andre følgesygdomme såsom hjertekarsygdomme samt tidlig død^{5,6}.

Således er der omfattende samfundsmæssige omkostninger forbundet med sygdommen i form af blandt andet behandlingsudgifter og tabt arbejdsproduktion⁶, som skyldes nedsat arbejdsfunktion, sygemelding og varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Ifølge en ældre opgørelse fra 2005 estimeres de samlede samfundsmæssige omkostninger ved leddegigt til cirka 1,6 mia. kr. årligt⁷. Leddegigt er dermed et væsentligt folkesundhedsproblem i den danske befolkning.

1.2 Forekomst af leddegigt

Der findes ingen nøjagtig opgørelse over forekomsten af leddegigt, men det estimeres, at cirka 0,5-1,0 % af den voksne danske befolkning lider af sygdommen^{3,8,9}. Beregninger

foretaget af Sundhedsdatastyrelsen i 2015 anslår, at 48.725 personer lider af leddegigt i Danmark¹⁰. Ifølge den seneste årsrapport (2016) fra den kliniske kvalitetsdatabase DANBIO, blev der registreret cirka 1.500 nydiagnosticerede tilfælde af leddegigt i 2015¹¹. Sundhedsdatastyrelsen finder imidlertid et væsentligt højere tal – for eksempel viste deres opgørelsen cirka 2.100 nye tilfælde af leddegigt i 2015¹². Sygdommen kan udvikles af alle i alle aldre og sygdommen forekommer to til tre gange hyppigere blandt kvinder end blandt mænd^{3,8,9,13}. Udviklingen sker typisk i alderen 30-60 år, mens prævalensen er stigende med alderen^{3,9,14}.

Forekomsten af leddegigt varierer alt afhængig af, hvilke opgørelsesmetoder, der anvendes. Oplysninger om forekomsten kan fx afdækkes ved hjælp af befolkningsundersøgelser. Der er imidlertid flere usikkerheder forbundet med denne type selvrapporeret tværnsnitsdata. Desuden kan der udtrækkes oplysninger fra Landspatientregistret (LPR), da personer, der har haft kontakt til sygehuset i forbindelse med leddegigt, er registreret med en specifik diagnose. Det anslås imidlertid, at der findes en stor andel med leddegigt, som ikke kommer i kontakt med sygehusvæsenet og derfor ikke er repræsenteret i registrene. Ønsker man at se på forhold som helbred og trivsel forbundet med leddegigt, må man anvende spørgeskemabaseret data, da denne type oplysninger ikke er tilgængelige i registrene. Således er resultaterne i denne rapport baseret på både selvrapporeret data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og registerdata fra LPR.

1.3 Formål

Formålet med denne rapport er, på et videnskabeligt grundlag, at tilvejebringe et overblik over forekomsten af personer med leddegigt i Danmark samt beskrive populationens helbred, trivsel og sygelighed. Rapporten vil endvidere estimere antallet af sygdomsspecifikke sygedage, det kortsigtede produktionstab samt den offentlige kasses refusion af sygedagpenge.

2 Materiale og metode

2.1 Datamateriale

Rapport benytter spørgeskemadata fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og registeroplysninger fra Landspatientregistret for perioden 1994-2013. Endvidere indhentes der oplysninger fra en række andre nationale registre.

Den Nationale sundhedsprofil 2013

De fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet gennemførte i 2013 en undersøgelse af den voksne befolknings sundhed og sygelighed. Undersøgelsen blev gennemført på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet. I undersøgelsen blev der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor, som ikke er tilgængelig i nationale registre.

Dataindsamlingen er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 300.450 borgere på 16 år eller derover. Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 er baseret på en national stikprøve og fem regionale stikprøver. I alt besvarede 162.283 (54 % af de adspurgte) borgere spørgeskemaet i 2013.

På baggrund af spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 belyses leddegigtpopulationens helbred, trivsel og sygelighed ved hjælp af forskellige indikatorer, som vil blive forklaret under de respektive temaer. Som eksempel inddrages selv vurderet helbred og stress, som en indikator for en persons helbred og trivsel. Bilag A viser en oversigt over de spørgsmål, der er anvendt for hvert tema fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om sygehuskontakter til danske offentlige og private hospitaler. I denne rapport er der opgjort både ambulans kontakt og heldøgnsindlæggelse tilbage til 1994.

Andre registeroplysninger

Der indhentes endvidere oplysninger fra en række andre nationale registre, herunder: Det Centrale Personregister, Uddannelsesregisteret, Sygedagpengeregisteret samt Ældredokumentationen og Fritvalgsdatabasen.

Det Centrale Personregister

I Det Centrale Personregister er alle personer med bopæl i Danmark registreret med et unikt personnummer, som kan bruges som nøgle til at sammenstille oplysninger fra alle øvrige databaser og registre. Derudover indeholder Det Centrale Personregister oplysninger om køn, alder og civilstand, som anvendes i denne undersøgelse ¹⁵.

Uddannelsesregisteret

Uddannelsesregisteret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelse per 1. oktober hvert år. I denne rapport benyttes variabelen for højeste fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier: Kort (<10 år), mellemlang (10-12 år) og lang uddannelse (≥13 år) ¹⁶. Personer med manglende oplysninger for højeste fuldførte uddannelse er placeret i kategorien 'Kort uddannelse' (<10 år) ¹⁶.

Sygedagpengeregisteret

I det kommunale sygedagpengeregister registreres personer, hvor der er foretaget en refusion af sygedagpenge enten til den sygemeldte selv eller til arbejdsgiveren. For hver person i arbejde er den første periode af en sygemelding arbejdsgiverens ansvar, hvorefter arbejdsgiveren kan søges om refusion for sygedagpengene. Længden af arbejdsgiverperioden var i 2013 på 30 dage. Fra Sygedagpengeregisteret benyttes oplysninger om antal dage med dagpenge i 2013 ^{17, 18}.

Ældredokumentation

I nærværende rapport benyttes den del af Ældredokumentationen, der indeholder oplysninger om leveret hjemmehjælp og leveret praktisk hjælp. Ældredokumentationen består af data, der dannes ud fra kommunernes månedlige indberetninger af leverede ydelser. Data fra Ældredokumentationen dækker perioden 2011 og frem. Fra registeret benyttes variabelen fra gennemsnitlige leverede hjemmehjælp per uge i minutter, den gennemsnitlige leverede praktiske hjælp per uge i minutter samt hændelsesmåned for den leverede hjemmehjælp og praktisk hjælp ¹⁹.

Øvrige datakilder

Udover Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og de beskrevne registre benyttes data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken). Der benyttes en opgørelse af befolkningsstørrelse fra tabel BEF5 til opgørelsen af personer med leddegigt i den danske befolkning.

Fra Fritvalgsdatabasen ²⁰ er priser på praktisk hjælp og priser på personlig pleje inden for hjemmehjælpsområdet hentet for alle Danmarks kommuner. Et kommunalt gennemsnit er beregnet med udgangspunkt i de kommunale priser vægtet med antallet af borgere over 65 år i hver kommune. Prisen på leveret praktisk hjælp er beregnet med 432 kr. per time, og prisen på leveret personlig pleje er beregnet til 553 kr. per time.

2.2 Metode

Rapporten består af to dele, hvoraf den ene angiver forekomsten af personer med leddegigt samt beskriver populationens helbred og trivsel og den anden del estimerer udvalgte meromkostningerne, som er forbundet med leddegigtsygdommen.

Personer med leddegigt

Personer med leddegigt udgør i denne undersøgelse alle personer fra den Nationale Sundhedsprofil 2013, der i Landspatientregisteret er registeret med en ambulant kontakt eller en heldøgnsindlæggelse, med den aktionsdiagnose eller bidiagnose som fremgår af tabel 2.1.

Tabel 2.1 Diagnoser til definition af leddegigt i Landspatientregisteret.

	Aktionsdiagnose og bidiagnose
Leddegigt	DM05, DM06

Der anvendes data fra Landspatientregisteret tilbage til 1994. Det er valgt udelukkende at anvende registeroplysninger til at identificere personer med leddegigt, da denne datakilde vurderes mere valid end selvrapporterede oplysninger. Referencegruppen inkluderer alle respondenter i Den Nationale Sundhedsprofil 2013, der ikke indgår i de definerede leddegigtspopulationer.

Beskrivende analyse

Den Nationale Sundhedsprofil 2013 er en tværsnitsundersøgelse, hvilket betyder, at en række forhold måles på samme tidspunkt. I rapporten indgår tabeller, der præsenterer 'procent' og 'antal svarpersoner' for de forskellige fokusområder. 'Procent' angiver andelen i den voksne befolkning med den givne indikator i den undersøgte gruppe, mens 'Antal svarpersoner' angiver antallet af svarpersoner, der alt har svaret på spørgsmålet.

Der anvendes logistisk regressionsanalyse i første del af rapporten. I tabellerne vil der indgå en søjle, der viser odds ratio (OR) som er beregnet på baggrund af logistiske regressionsanalyser. OR giver et mål for, om forekomsten i den aktuelle gruppe (personer med leddegigt) ligger over eller under forekomsten i referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætning i de to grupper. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1, og der ikke er angivet 95 % sikkerhedsgrænser ud for gruppen. Søjlen 95 % sikkerhedsgrænser indeholder et 95 % sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og øvre grænse. For yderligere beskrivelse og uddybning af resultaterne i rapporten se Bilag C.

Cost-illness analyse

Til bestemmelse af de leddegigtrelaterede meromkostninger er differencen i

omkostninger for personer med leddegigt og en referencegruppe, estimeret. Ved denne metode er samtlige omkostninger til for eksempel hjemmehjælp inkluderet. Det er derfor indirekte antaget, at referencegruppen og gruppen med leddegigt, udover selve sygdommen, har samme forløb, og at omkostningerne forbundet med leddegigt af den grund kan estimeres ved differencen mellem de to gruppers omkostninger.

I analysen kontrolleres der for potentiel årsagsforvekslende faktorer. Dette skyldes, at der kan være forskelle med hensyn til eksempelvis alder og køn mellem personer med leddegigt og referencegruppen. Disse demografiske faktorer kan derfor påvirke estimeringen af risikoen for udvikling af leddegigt mellem de to grupper.

Vægtning

For at sikre nationalt og regionalt repræsentative resultater er der i denne undersøgelse foretaget en vægtning af data. Det skyldes, at det er af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, og andre sociodemografiske karakteristika. Befolkningssammensætningen i den stikprøve, der har besvaret spørgeskemaerne, afviger på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet^{21, 22}. I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning, en såkaldt vægtning, for bortfald. Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, bopælskommune og andre sociodemografiske karakteristika.

3 Resultater

3.1 Forekomst af leddegigt i den danske befolkning

I dette afsnit præsenteres forekomsten af leddegigt og det samlede antal i den danske befolkning, samt den samlede forekomst fordelt på sociodemografiske faktorer såsom køn, alder, uddannelsesniveau og samlivsstatus.

Tabel 3.1. Forekomsten og det samlede antal i den danske befolkning, der har leddegigt.

	Forekomst i % 2013*	Antal personer i befolkningen i 2013**
Leddegigt	0,81	36.899

Kilde: *Den Nationale Sundhedsprofil 2013, *Landspatientregisteret 1994-2013 **Danmarks Statistik tabel BEF5.

I tabel 3.1 er forekomsten af leddegigt vist i procent sammen med antallet af personer i den danske befolkning på 16 år eller derover. I alt havde 0,81 % eller 36.899 danskere leddegigt i 2013. Det skal imidlertid bemærkes, at disse tal givetvis er underestimerede, da det ikke er alle leddegigtpatienter, som behandles i sygehusregi. En mindre andel forventes at blive behandlet i almen praksis eller hos praktiserende speciallæge.

Tallene i denne rapport afviger fra de seneste opgørelser foretaget af Sundhedsdatastyrelsen (eSundhed.dk), som i 2013 registrerede 46.625 personer på 15 år eller derover med leddegigt¹⁰. Begrundelsen for denne afvigelse kan skyldes bortfaldsproblemer blandt stikprøven til Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Tabel 3.2. Forekomst af leddegigt i forskellige sociodemografiske undergrupper. 2013. Procent.

	Personer med leddegigt		Referencegruppen	
	Antal*	%**	Antal*	%**
I alt	1.529	100	160.754	100
Køn				
Mænd	420	26,4	74.130	49,4
Kvinder	1.109	73,6	86.624	50,6
Alder				
16-24 år	20	2,2	16.986	14,3
25-44 år	138	12,2	37.177	31,1
45-64 år	538	34,8	61.150	32,8
≥65 år	833	50,9	45.441	21,7
Uddannelsesniveau				
Kort (<10 år)	613	41,7	51.108	34,2
Mellemlang (10-12 år)	616	39,6	64.468	38,7
Lang (≥13 år)	300	18,8	45.178	27,1
Civilstand				
Gift	948	53,6	94.121	48,5
Ugift	148	13,5	40.569	34,6
Enkestand	253	19,2	11.536	7,2
Fraskilt	180	13,7	14.528	9,7

Note: *søjlen Antal viser antallet uvægtet svarpersoner i de pågældende grupper, ** søjlen % viser procenten vægtet svarpersoner i de pågældende grupper; Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Landspatientregisteret, Uddannelsesregisteret, Det Centrale Personregister.

3.2 Beskrivelse af personer med leddegigt

Tabel 3.2 viser forekomsten og karakteristika for personer med leddegigt samt referencegruppen, det vil sige resten af populationen fra den Nationale Sundhedsprofil 2013. Af tabellen fremgår det, at flere kvinder end mænd har leddegigt. Personer med leddegigt er ældre og har kortere uddannelse end referencegruppen. For eksempel fremgår det af tabellen, at 50,9 % af leddegigtspopulationen er over 65 år, hvorimod dette kun er 21,7 % for referencegruppen, og kun 18,8 % af leddegigtspopulationen har en lang uddannelse, mens dette gælder for 27,1 % for referencegruppen.

3.3 Helbred og trivsel

Dette afsnit omfatter forskellige mål for, hvorledes en person oplever og vurderer eget helbred og egen trivsel. Dette inkluderer selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred, stress samt fysisk aktivitet.

Selvvurderet helbred

En persons selvvurderede helbred angiver den samlede vurdering af en række helbredsforhold, der beskriver mere end blot personens symptomer og sygdomme. Selvvurderet helbred har vist sig at være en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed²³⁻²⁵. Der er i danske og internationale undersøgelser observeret sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og øget forekomst af hjertesyg-

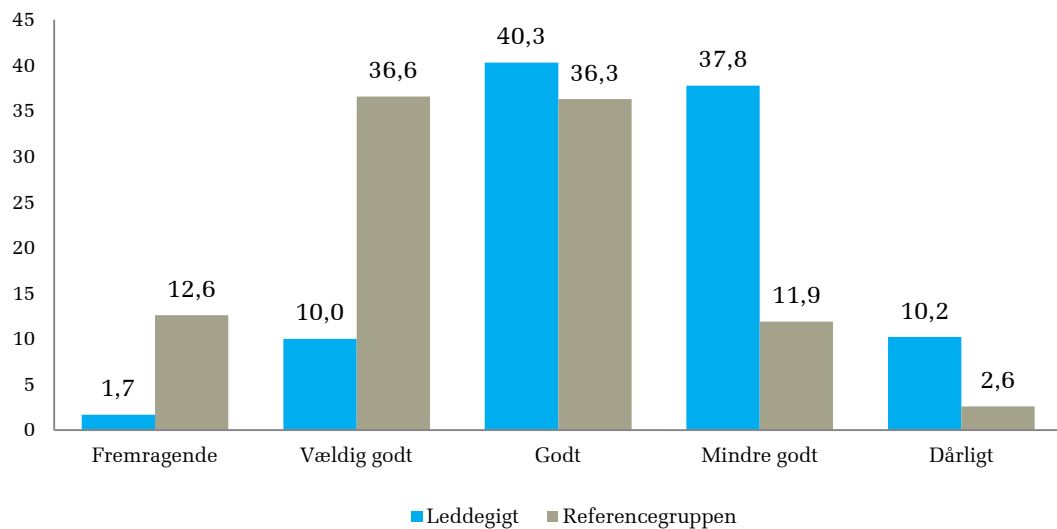
dom, kræft, medicinforbrug, brug af sundhedsvæsenet og dødelighed²⁵⁻²⁷. Derfor er dette også interessant i forhold til leddegigt.

En persons risiko for sygdom og tidlig død øges, desto dårligere, man vurderer sit eget helbred. Forklaringen på denne sammenhæng er tvetydig og forklares dels ved, at personen samlet set vurderer sit helbred på baggrund af forskellige parametre. Vurderingen af egen helbredssituation i forhold til jævnaldrendes sker ikke blot ud fra sin nuværende helbredssituation, men baseres også på kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt egen helbredsudvikling igennem livsforløbet. En persons reaktion på sygdom og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd kan være betinget af vurderingen af eget helbred, hvorfor det har betydning for sygelighed og dødelighed²⁴.

I nærværende undersøgelse blev følgende spørgsmål brugt til at belyse selvvurderet helbred: *'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?'* med følgende fem svarmuligheder [bilag B – spørgsmål 1]:

- Fremragende
- Vældig godt
- Godt
- Mindre godt
- Dårligt.

Figur 3.1. Andel, der vurderer eget helbred som henholdsvis fremragende, vældig godt, godt, mindre godt og dårligt. 2013. Procent.



Som det ses af figur 3.1, vurderer en mindre andel af personer med leddegigt deres eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, mens det omvendte gør sig gældende for

andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, sammenlignet med referencegruppen.

Tabel 3.3. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred. 2013. Procent.

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	52,0	0,26	[0,23-0,29]	1.495
Referencegruppen	85,5	1,00		158.899

*Justeret for køn og alder

Det fremgår af tabel 3.3, at i alt 52,0 % af personer med leddegigt vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, hvilket er en mindre andel end blandt referencegruppen (85,5 %). Personer med leddegigt har dermed lavere sandsynlighed for at have et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred (OR=0,26) sammenlignet med referencegruppen.

Fysisk og mentalt helbred

Befolkningens fysiske og mentale helbred beskrives i denne undersøgelse på baggrund af SF-12-spørgeskemaet. SF er en forkortelse for Short Form²⁸, og spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, der indikerer respondentens helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Spørgsmålene vedrører helbredsrelaterede

begrænsninger i fysisk- og social funktion samt psykisk velbefindende²⁸⁻³⁰.

For eksempel bliver der i denne undersøgelse brugt følgende spørgsmål til at belyse respondentens helbredstilstand:

Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)? Med følgende fem svarmuligheder:

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Noget af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt.

SF-12 er et generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene vurderes at være relevante for både syge og raske. I forbindelse med befolkningsundersøgelser af almen helbredstilstand er de generiske skalaer derfor velegnede³¹. Det er muligt at beregne en samlet

score for to generelle helbreds-komponenter ud fra besvarelsen på de 12 spørgsmål – henholdsvis en fysisk- og mental helbreds-komponent. Gældende for begge helbreds-komponenter er det, at jo højere en score desto bedre helbredsstatus [bilag B – spørgsmål 3-8].

Tabel 3.4. Andel med dårlig fysisk helbred. 2013. Procent.

	Procent	OR [*]	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	45,5	4,86	[4,28-5,53]	1.249
Referencegruppen	9,8	1,00		144.191

**Justeret for køn og alder*

I alt 45,5 % af personer med leddegigt rapporterer, at de har et dårligt fysisk helbred (tabel 3.4). Tages der hensyn til køn og alder, er sandsynligheden for at rapportere et dårligt

fysisk helbred tydeligt større blandt personer med leddegigt (OR=4,86) sammenlignet med referencegruppen.

Tabel 3.5. Andel med dårlig mentalt helbred. 2013. Procent.

	Procent	OR [*]	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	12,2	1,19	[0,99-1,43]	1.249
Referencegruppen	10,7	1,00		144.187

**Justeret for køn og alder*

I alt 12,2 % af personer med leddegigt har dårligt mentalt helbred (tabel 3.5). Tages der hensyn til køn og alder, er sandsynligheden for at rapportere et dårligt mentalt helbred ikke større blandt personer med leddegigt sammenlignet med referencegruppen.

belyser i hvilket omfang, respondenter oplever sit liv som ukontrolleret og belastende, uforudsigeligt, og om den pågældende føler sig stresset eller nervøs [bilag B – spørgsmål 8].

Stress

Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst. Tilstanden er derfor en reaktion på en belastning, som man kan have svært ved at håndtere og altså ikke en sygdom i sig selv³². Desuden øger stress risikoen for andre følgesygdomme og påvirker den pågældendes velbefindende og livskvalitet negativt³³. Således er stress et stigende folkesundhedsproblem, som har betydning for brugen af sundhedsvæsenets ydelser, sygefravær, førtidspension, efterløn, produktivitet mv.³³.

Skalaen går fra 0 til 40, hvor en højere score er et udtryk for en højere grad af oplevet stress. På baggrund af den landsdækkende Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2010 er der defineret en standardafgrænsning for højt stressniveau. Andelen med et højt stressniveau er fundet ved at tage de 20 %, der scorer højest på skalaen. Dette svarer til en samlet score på 18 eller derover. Denne afgrænsning anvendes også i denne undersøgelse. Denne metode er tidligere brugt i en dansk undersøgelse om højt stressniveau³⁵.

I denne rapport er stressniveauet målt med en valideret stressskala – Cohens Perceived Stress Scale (PSS)³⁴. Skalaen måler respondentens oplevelse af stress inden for de seneste fire uger. Dette sker ved hjælp af ti spørgsmål, som

Tabel 3.6. Andel, der har højt stressniveau. 2013. Procent.

	Procent	OR [*]	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	29,2	1,48	[1,31-1,69]	1.363
Referencegruppen	21,2	1,00		148.483

**Justeret for køn og alder*

Blandt personer med leddegigt har 29,2 % et højt stressniveau (tabel 3.6). Når der tages højde for køn og alder, har personer med leddegigt en højere sandsynlighed for at opleve et højt stressniveau sammenlignet med referencegruppen (OR=1,48).

Fysisk aktivitet

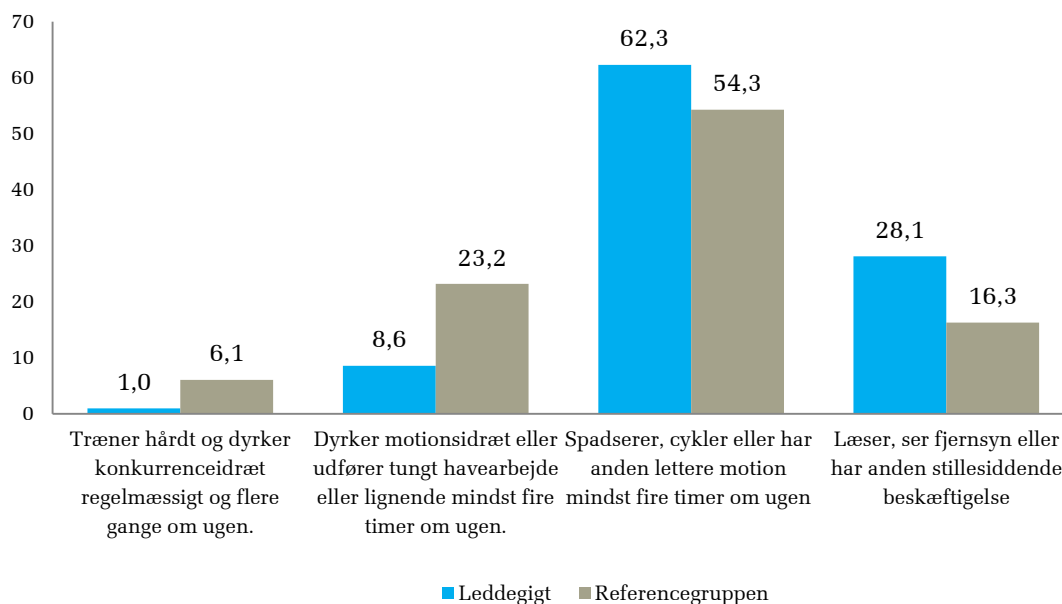
Fysisk aktivitet defineres som enhver kropslig bevægelse, der øger energiomsætningen ³⁶. Fysisk aktivitet omfatter således både ustruktureret samt planlagt regelmæssig fysisk aktivitet, hvorfor det inkluderer et bredt spektrum af aktiviteter lige fra idræt, sport og højintensitets motion til hverdagsaktiviteter som havearbejde, leg, gåture, cykling som transport eller trappegang ^{36, 37}. Fysisk aktivitet forebygger for tidlig død og en række sygdomme, som er forekommende i den danske befolkning. Den forebyggende effekt på for tidlig død er konsekvent og forekommer i alle aldersgrupper, begge køn og uafhængigt af tilstedeværelsen af overvægt eller andre risikofaktorer ³⁷⁻⁴⁰. Gevinsterne ved, at fysisk inaktive individer bliver fysisk aktive er betydelige, både for det enkelte individ og i befolkningsammenhæng, hvor udgifter til behandling og andre offentlige ydelser reduce-

res ³⁹. I denne rapport estimeres fysisk aktivitet ved at spørge til fysisk aktivitet i fritiden. Det anvendte spørgsmål har vist sig at være robust og forudsigende for dødelighed ⁴¹. I denne undersøgelse er følgende spørgsmål brugt til at belyse fysisk aktivitet i fritiden:

Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden? Der er følgende fem svarmuligheder [bilag B – spørgsmål 9]:

- Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.
- Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen.
- Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde).
- Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse.

Figur 3.2. Andel, der er henholdsvis hårdt, moderat, lettere og stillesiddende fysisk aktiv i fritiden. 2013. Procent.



Personer, der kategoriserer sig under de første to svarmuligheder, defineres i det følgende som, at de dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Personer, der derimod kategoriserer sig selv under den sidste svarmulighed, defineres i det følgende som, at de har stillesiddende fritidsaktivitet.

Det fremgår af figur 3.2, at der er en mindre andel blandt personer med leddegigt end referencegruppen, der er moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden svarende til mindst fire timer om ugen og en større andel personer med leddegigt end referencegruppen, der har stillesiddende fritidsaktivitet.

Tabel 3.7. Andel, der er moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden. 2013. Procent.

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	9,6	0,44	[0,37-0,54]	1.445
Referencegruppen	29,4	1,00		154.261

*Justeret for køn og alder

I alt oplyser 9,6 % af personerne med leddegigt, at de er moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden mindst fire timer om ugen (tabel 3.7). Når

der tages hensyn til køn og alder, er forekomsten lavere blandt personer med leddegigt (OR=0,44) end i referencegruppen.

Tabel 3.8. Andel, der har stillesiddende aktivitet i fritid. 2013. Procent.

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	28,1	1,66	[1,46-1,88]	1.445
Referencegruppen	16,3	1,00		154.261

*Justeret for køn og alder

Af tabel 3.8 fremgår det, at i alt 28,1 % af personerne med leddegigt rapporterer, at de ho-

vedsagelig har stillesiddende fritidsaktiviteter (det vil sige læser, ser tv eller anden stillesid-

dende beskæftigelse). Andelen med stillesiddende fritidsaktiviteter er større blandt personer med leddegigt (OR=1,66) sammenlignet referencegruppen.

3.4 Sygelighed

For at beskrive den generelle sygelighed blandt personer med leddegigt anvendes der forskellige spørgsmål. Dette inkluderer multisygdom samt smerte og ubehag.

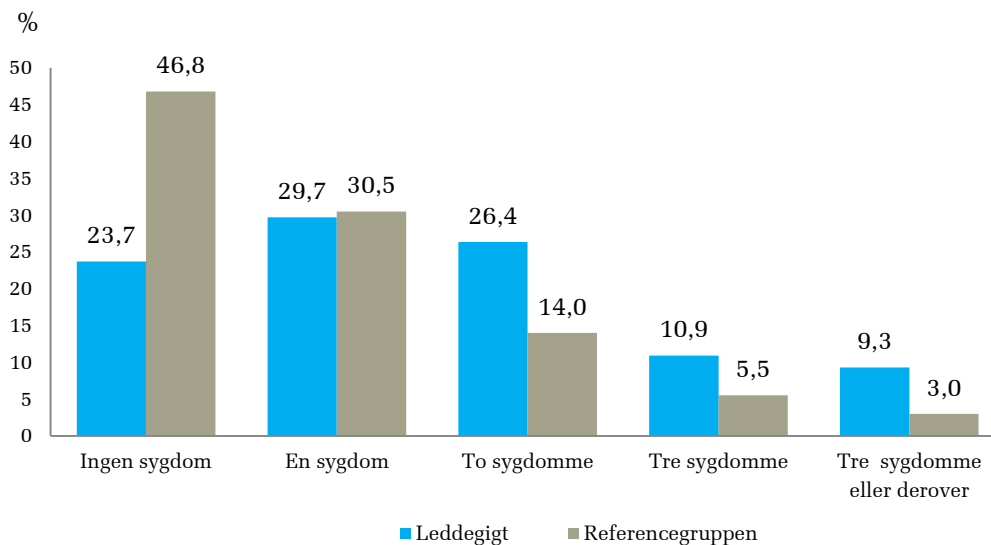
Multisygdom

Det kan være udfordrende at leve med to eller flere langvarige sygdomme (multisygdom). Multisygdom er ikke alene forbundet med dårlig livskvalitet, men også dårligt mentalt helbred samt nedsat fysisk funktionsevne. Personer med multisygdom har yderligere øget risiko for at blive indlagt, at indlæggelserne bliver af længere varighed samt at lide af flere komplikationer efter en operation ⁴². Undersøgelsen

af hvor mange der har én eller flere langvarige sygdomme afhænger af, hvilke og hvor mange sygdomme, der inkluderes i opgørelserne samt hvorvidt man medregner personer, der aktuelt er syge, eller hvorvidt man også inkluderer personer med eftervirkninger af sygdom.

I denne rapport opgøres antal sygdomme som optælling af følgende 13 sygdomme og lidelser: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom (KOL), slidgigt, knogleskørhed, kræft, psykisk lidelse, diskusprolaps eller anden ryg sygdom. Hvis svarpersonerne angiver at have den pågældende sygdom nu eller stadig har følger-virkninger af sygdommen, er personen defineret som have den pågældende sygdom [bilag B – spørgsmål 10].

Figur 3.3. Andel, der henholdsvis har ingen sygdom, én sygdom, to sygdomme, tre sygdomme og tre eller derover sygdomme. 2013. Procent.



Note: Personer med leddegigt har udover de fem indelte kategorier (ingen sygdom, én sygdom, to sygdomme, tre sygdomme og tre eller derover sygdomme) leddegigt.

Figur 3.3 viser andelen, der har ingen sygdom, én sygdom, to sygdomme, tre sygdomme og tre eller derover sygdomme blandt svarpersonerne. Af figuren fremgår det, at andelen af personer som ingen sygdom har, er højere blandt referencegruppen end for personer med ledde-

gigt, mens personer med leddegigt i højere grad har to, tre og tre eller derover sygdomme end referencegruppen.

Det er vigtigt, at være opmærksom på, at personer med leddegigt udover de fem kategorier

anvendt i figur 3.3 (ingen sygdom, én sygdom, to sygdomme, tre sygdomme og tre eller derover sygdomme) også har leddegigt. Dvs. en

person med leddegigt, som svarer *Ingen sygdom* har i sagens natur allerede en kronisk sygdom - nemlig leddegigt.

Tabel 3.9. Andel, der har multisygdom. 2013. Procent.

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	46,6	1,99	[1,77-2,23]	1.437
Referencegruppe	22,6	1,00		155.459

*Justeret for køn og alder;

Af tabel 3.9 fremgår det, at i alt 46,6 % af personerne med leddegigt rapporterer at have multisygdom (to eller flere langvarige sygdomme), hvilket er markant højere end blandt referencegruppen (22,6 %). Tabellen viser, at risikoen for at have en multisygdom er større blandt personer med leddegigt (OR=1,99) sammenlignet med referencegruppen.

Smerter og ubehag

Et andet mål for sygelighed er smerter eller ubehag, som både kan være kendt eller ukendt i sundhedsvæsenet⁴³. Som eksempel vil en person med diagnosticeret diskusprolaps formentlig være kendt i sundhedsvæsenet. Modsvarende vil en person med hovedpine kun i få tilfælde være kendt i sundhedsvæsenet, da de

færreste opsøger læge alene for behandling af en hovedpine. Der spørges i denne rapport ind til tre typer smerte eller ubehag: dels smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofte eller led, i skulder eller nakke og ryg eller lænd. I denne undersøgelse er smerter eller ubehag belyst ved spørgsmålet:

Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? Svarmulighederne var [bilag B – spørgsmål 11]:

- Ja, meget generet
- Ja, lidt generet
- Nej.

Tabel 3.10 Andel, der har været generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2013. Procent.

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
I arme, hænder, ben, knæ, hofte eller led				
Personer med leddegigt	89,8	5,30	[4,41-6,36]	1.485
Referencegruppe	53,5	1,00		156.304
I skulder eller nakke				
Personer med leddegigt	71,0	2,02	[1,79-2,29]	1.443
Referencegruppe	50,8	1,00		155.874
I ryg eller lænd				
Personer med leddegigt	69,2	1,81	[1,60-2,04]	1.443
Referencegruppe	50,7	1,00		155.801

*Justeret for køn og alder

Personer, der kategoriserer sig under de første to svarmuligheder, defineres i det følgende som personer, der er generet af smerte eller ubehag.

Tabel 3.10 viser forekomsten af tre forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I alt har henholdsvis 89,8 %, 71,0 % og 69,2 % af personer med leddegigt

været generet af smerte eller ubehag i henholdsvis deres arme, hænder, ben, knæ, hofte eller led, skulder eller nakke og ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage. Personer med leddegigt har en større sandsynlighed for at have smerter eller ubehag i henholdsvis deres arme, hænder, ben, knæ, hofte eller led (OR=5,30), skulder eller nakke (OR=2,02) og ryg eller lænd (OR=1,81) sammenlignet med referencegruppen.

3.5 Sygedage, produktionstab og refusion af sygedagpenge

Dette afsnit adskiller sig fra de forrige afsnit. I dette afsnit beskrives og estimeres antallet af sygdomsspecifikke sygedage, produktionstab samt den offentlige kasses udgifter til sygedagpenge til personer med leddegigt i Danmark.

Tabel 3.11. Antal ekstra sygedage og omkostninger til sygedage som følge af leddegigt. 2013. DKK.

	Ekstra sygedage per person	Ekstra sygedage for hele befolkningen	Omkostninger i alt (mio. kr.)
Sygedage	5,6	49.372	67,3

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sygedagpengeregister, Danmarks Statistik BEF5,RAS110 og INDKP1.

Personer med leddegigt havde i gennemsnit 5,6 ekstra sygedage i 2013 sammenlignet med personer uden leddegigt. Dette generede i alt knap 50.000 ekstra sygedage, svarende til et samlet produktionstab på 67,3 mio. kr. jævnfør tabel 3.11.

Tabel 3.12. De offentlige kassers refusion af sygedage som følge af leddegigt. 2013. DKK.

	Meromkostninger per person (kr.)	Omkostninger i alt (mio. kr.)
Refusion af sygedagpenge	3.589	65,1

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sygedagpengeregister, Danmarks Statistik BEF5.

Merudgifterne til sygedagpenge som følge af leddegigt blev estimeret via totrinsmodellen, og resultaterne fremgår af tabel 3.12. Af tabellen ses, at leddegigt i 2013 kostede det offentlige 65,1 mio. kr. i form af refusion af sygedagpenge.

3.6 Hjemmehjælp og praktisk hjælp

I dette afsnit estimeres meromkostningerne per person til hjemmehjælp og praktisk hjælp til personer med leddegigt i Danmark. Til dette formål blev der anvendt data fra henholdsvis Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Ældredokumentationen, Fritvalgsdatabasen og Danmarks Statistik BEF5.

Tabel 3.13. Omkostninger til hjemmehjælp og praktisk hjælp som følge af leddegigt. 2013. DKK.

	Meromkostninger per person (kr.)	Omkostninger i alt (mio. kr.)
Hjemmehjælp og praktisk hjælp	4.378	161,5

Kilde: Den nationale sundhedsprofil 2013, Ældredokumentationen, Fritvalgsdatabasen og Danmarks Statistik BEF5.

I tabel 3.13 ses den gennemsnitlige meromkostning i 2013 til hjemmehjælp og praktisk hjælp per person med leddegigt. I alt kostede

personer med leddegigt det danske samfund 161,5 mio. kr. til hjemmehjælp og praktisk hjælp i 2013.

4 Referencer

1. Gigtforeningen. Gigt diagnoser – få viden om gigtsygdomme. 2016.
<https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/>
2. Baslund B. Leddegigt, oversigt. Patienthåndbogen, 2016.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/leddegigt/leddegigt-oversigt/>
3. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2010; 376: 1094-108.
4. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. The New England journal of medicine. 2011; 365: 2205-19.
5. Lindhardsen J, Gislason GH, Ahlehoff O, Madsen OR, Hansen PR. [Excess mortality from cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis]. Ugeskrift for læger. 2011; 173: 343-6.
6. Dansk Reumatologisk Selskab. Hvidbog - National handlingsplan for leddegigt offentliggjort. 2016.
http://www.danskreumatologiskselskab.dk/index.php?id=49&tx_ttnews%5Btt_news%5D=82&cHash=5e473ffbeefb403819084d2c63357638
7. Sørensen J. Aktiv-passiv analyse for muskel/skeletsygdomme: En sammenlignende analyse af sundhedsvæsenets ressourceforbrug til behandling af forskellige muskel/skeletsygdomme i forhold til omkostninger ved passiv forsørgelse og samfundsmæssigt produktionstab. Syddansk Universitet - CAST, 2005.
8. Lægehåndbogen. Reumatoid arthritis. 2016.
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/reumatologi/tilstande-og-sygdomme/artritter/reumatoid-arthritis/>
9. Holmberg T, Poulsen MJ, Davidsen M. Muskel-og skeletlidelser i Danmark: Nøgletal 2015. 2015.
<http://www.sifolkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2015/Muskel%20og%20skeletlidelser%20i%20Danmark.%20N%C3%B8gletal%202015.aspx>.
10. Sundhedsdatastyrelsen. Sygdomsforekomst - tabel, leddegigt. eSundhed. 2017.
http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/uks/uks01/Sider/Tabel.aspx?rp:A_Sygdom=4&rp:A_Indikator=1&rp:B_Geoinddeling=1&rp:B_Geografi=1000&rp:C_Alder=9999&rp:C_Koen=4&rp:D_Aar=2015%7C%7C%7C2014%7C%7C%7C2013%7C%7C%7C2012%7C%7C%7C2011&.
11. DANBIO - National årsrapport 2016.
<https://danbio-online.dk/formidling/DANBIOrsrapport2016.pdf>.

12. Sundhedsdatastyrelsen. Nye sygdomstilfælde - tabel, leddegigt. eSundhed. 2017. http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/uks/uks02/Sider/tabel01.aspx?rp:A_Sydom=4&rp:A_Indikator=1&rp:B_Geoinddeling=1&rp:B_Geografi=1000&rp:C_Alder=9999&rp:C_Koen=4&rp:D_Aar=2015%7C%7C%7C2014%7C%7C%7C2013%7C%7C%7C2012%7C%7C%7C2011&.
13. Sundhedsdatastyrelsen. Sygdomsforekomst - Tabel 2016. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/uks/uks01/Sider/Tabel.aspx>.
14. Gigtforeningen. Nøgletal for gigtsygdomme. 2017. <https://www.gigtforeningen.dk/media/3434/gigtforeningens-noegletalspublikation-2017.pdf>.
15. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scandinavian journal of public health*. 2011; 39: 22-5.
16. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scandinavian journal of public health*. 2011; 39: 91-4.
17. Pedersen J, Villadsen E, Burr H, Martin M, Nielsen M, Meinertz L. Register over Sygedagpenge og Sociale ydelser i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). 2011. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/Register-over-sygedagpenge-og-sociale-ydelser-i-DK-Version-1-0.pdf>.
18. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, §30. Afsnit III, Kapitel 10 (2015).
19. Danmarks Statistik. Ældredokumentation. <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation>.
20. Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen.. <https://fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport>.
21. Davidsen M, Kjoller M, Helweg-Larsen K. The Danish National Cohort Study (DANCOS). *Scandinavian journal of public health*. 2011; 39: 131-5.
22. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Juel K. Befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed baseret på henholdvis personligt interview og selvadministreret spørgeskema. En sammenligning af forekomst af udvalgte indikatorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012. <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/metodenotat.pdf>.
23. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 267-75.
24. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38: 21-37.
25. Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health*. 2013; 127: 1097-104.

26. Kristensen TS, Bjørner JB, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø: er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse?: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
27. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol.* 1991; 46: S55-65.
28. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996; 34: 220-33.
29. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998; 51: 1171-8.
30. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5: 55.
31. Pedersen AF, Zachariae R, Mainz J. Livskvalitet som sundhedsfagligt effektmaal. *Ugeskrift for Læger.* 2005; 167: 4545.
32. Netterstrøm B. Stress: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (eds.). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_22_stress.pdf.
33. Rod N. Stress: Lund R, Christensen U, Iversen L, (eds.). *Medicinsk sociologi-sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred.* København Munksgaard Danmark, 2011.
34. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 24: 385-96.
35. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Rod Nielsen N. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scandinavian journal of public health.* 2008; 36: 369-79.
36. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, DC : 1974).* 1985; 100: 126-31.
37. Pedersen BK, Andersen LB. *Fysisk aktivitet-håndbog om forebyggelse og behandling.* København: Sundhedsstyrelsen, 2011. *Fysisk aktivitet-håndbog om forebyggelse og behandling.* <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/6B3A4AE698BC42139572C76C5854BA76.aspx>.
38. Kjøller M. *Fysisk Aktivitet:* Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (eds.). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_19_fysisk_aktivitet.pdf.

39. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for folkesundhed, 2006. http://www.sifolkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf.
40. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Paffenbarger RS, Jr., Clark DG, Cooper KH and Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA. 1989; 262: 2395-401.
41. Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Arch Intern Med. 2000; 160: 1621-8.
42. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen. 2005. <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/B687391740314F2DBC0B5690D53A7031.ashx>.
43. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Sundhedstilstanden - status og udvikling: Kjølner M, Juel K, (eds.). Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007. http://www.sifolkesundhed.dk/upload/kap_4_sundhedstilstanden_status_og_udvikling.pdf.

Bilag A

Tabel A. Oversigt over anvendte spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013

	Tema	Spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013
Helbred og trivsel	Selv vurderet helbred	Spørgsmål 1
	Fysisk og mentalt helbred	Spørgsmål 1-7
	Stress	Spørgsmål 8
	Fysisk aktivitet	Spørgsmål 9
Sygelighed	Multisygdom	Spørgsmål 10
	Smerte og ubehag	Spørgsmål 11

Bilag B

Udklip af anvendte spørgsmål

Spørgsmål 1:

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 2:

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

Ja, meget begrænset

Ja, lidt
begrænset

Nej, slet ikke
begrænset

Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3:

Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

Hele
tiden

Det meste af
tiden

Noget
af tiden

Lidt
af tiden

På intet
tidspunkt

Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 4:

Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)

Hele
tiden

Det meste af
tiden

Noget
af tiden

Lidt
af tiden

På intet
tidspunkt

Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 5:

Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 6:

Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger.

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 7

Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)

Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 8:

Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 9

Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

(Kun ét X)

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	<input type="checkbox"/>
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	<input type="checkbox"/>
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 10

For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg <u>aldrig</u> haft	Ja, det har jeg <u>nu</u>	Ja, det har jeg haft <u>tidligere</u>		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig <u>eftervirkninger</u> ?	
					Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <u>mindre end 6 måneder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 11

Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilag C

Tabelforklaring: Hvad er en odds ratio (OR)?

En odds ratio (OR) er et ofte anvendt mål for sammenhængen mellem to variabler, og som navnet indikerer, er det et forhold (ratio) mellem to odds. For nærmere at illustrere udregningen af en OR benyttes tabel C1, som viser et hypotetisk eksempel på sammenhængen mellem køn og langtidssygdom.

Tabel C1. Antal mænd og kvinder, der har en langvarig sygdom.

	Ja	Nej	I alt	Odds
Mænd	269	437	706	0,62
Kvinder	311	435	746	0,71

Eftersom 38 % af mændene (269/706) og 42 % af kvinderne (311/746) i dette eksempel har en langvarig sygdom, er konklusionen, at mænd i mindre grad end kvinder svarer, at de har en langvarig sygdom.

Tankegangen for OR er som følger: 269 mænd har en langvarig sygdom, mens 437 ikke har. Dette giver et odds for langvarig sygdom på $269/437=0,62$. Det vil sige for hver mand, der ikke har en langvarig sygdom, er der 0,62, der har. Tilsvarende er odds for kvinder $311/435=0,71$. For hver kvinde, der ikke har en langvarig sygdom, er der således 0,71, der har.

Når vi vælger kvinder som basis (referencegruppe) betyder det, at OR er $0,62/0,71=0,86$. Eftersom OR er mindre end 1, og kvinder er valgt som referencegruppe, betyder det, at mænd i mindre grad end kvinder har en langvarig sygdom. Nedenfor er givet en forklaring på tabel 3.6 fra rapporten.

Tabel C2. Eksempel på tabel. Andel, der har højt stressniveau. 2013. Procent (tabel 3.6 i rapporten)

	Procent	OR*	95 % sikkerhedsgrænse	Antal svarpersoner
Personer med leddegigt	29,2	1,48	[1,31-1,69]	1.363
Referencegruppen	21,2	1,00		148.483

*Justeret for køn og alder

Tallet angiver, at 29,2 % af personer med leddegigt i 2013 havde et højt stressniveau.

Tallet angiver OR, det vil sige, hvor meget større (eller mindre) sandsynlighed (odds) den aktuelle gruppe har for at have et højt stressniveau i forhold til referencegruppen. I dette tilfælde har personer med leddegigt 1,48 gange større sandsynlighed for at have et højt stressniveau i forhold til referencegruppen, hvor OR er lig

Intervalleret 1,31-1,69 angiver inden for hvilket sikkerhedsmargen, at OR befinder sig.

Tallet angiver, at 1.363 personer med leddegigt har svaret på dette spørgsmål.