



SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU

STATENS INSTITUT FOR
FOLKESUNDHED

Sygdomsbyrden i Danmark

ULYKKER, SELVSKADE OG SELVMORD

2016

Sygdomsbyrden i Danmark

ULYKKER, SELVSKADE OG SELVMORD

Sundhedsstyrelsen, 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen citeres således: Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen HAR, White ED, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskade og selvmord.

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved Leise Strøbæk, Esben Meulengracht Flachs, Julie Thorning Ryd, Michael Davidsen, Louise Eriksen, Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Emily Dibba White, Knud Juel og med review af Bjarne Laursen og Janne Schurmann Tolstrup

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Emneord

Trafikulykker, faldulykker, selvmord, selvskade, folkesundhed, Danmark, dødelighed, dødsfald, tabte leveår, middellevetid, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, primærsektor, førtidspension, sygedage, sundhedsøkonomi, medicin, hjemmehjælp, produktionstab, social ulighed.

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 23 november 2016
Format: pdf
Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
(November 2016).
Oplag: 1.000
Tryk: Rosendahls as
Elektronisk ISBN: 978-87-7104-805-6
Den trykte versions ISBN: 978-87-7104-806-3

Bestilling/Distribution

Sundhedsstyrelsens publikationer
c/o Schultz Distribution
Herstedvang 10-12
2620 Albertslund
Telefon 70 26 26 36
Telefax 46 63 19 69
sundhed@rosendahls.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER.....	4
1 SAMMENFATNING	5
1.1 Skadestyper.....	6
1.2 Byrdemål	9
1.3 Social ulighed fordelt efter byrdemål	26
1.4 Social ulighed fordelt efter skadestyper.....	37
2 BAGGRUND	41
2.1 Formål	41
2.2 De udvalgte skadestyper	42
2.3 De udvalgte byrdemål.....	43
2.4 Referencer.....	44
3 DATAKILDER	45
3.1 Det Centrale Personregister	45
3.2 Dødsårsagsregisteret	45
3.3 Landspatientregisteret	45
3.4 Sygesikringsregisteret	45
3.5 Lægemiddelstatistikregisteret	45
3.6 Førtdspensionsstatistikken	46
3.7 Sygedagpengeregisteret	46
3.8 Ældredokumentation	46
3.9 Uddannelsesregistret.....	46
3.10 Indkomststatistikregistret	46
3.11 Andre datakilder	46
3.12 Referencer.....	48
4 METODE.....	49
4.1 Opgørelsesmetode	49
4.2 Periode og befolkning	53
4.3 Byrdemål	54
4.4 Social ulighed	59
4.5 Referencer.....	60
5 TRAFIKULYKKER.....	61
5.1 Indledning.....	61
5.2 Metode	62

5.3	Forekomst af trafikulykker	64
5.4	Trafikulykker og dødsfald	65
5.5	Trafikulykker og indlæggelser	66
5.6	Trafikulykker og ambulante hospitalsbesøg	68
5.7	Trafikulykker og skadestuebesøg	70
5.8	Trafikulykker blandt børn	72
5.9	Trafikulykker og lægekontakter	72
5.10	Trafikulykker og sygedage	73
5.11	Trafikulykker og førtidspensioner	74
5.12	Trafikulykker og sundhedsøkonomi	75
5.13	Trafikulykker og produktionstab	76
5.14	Trafikulykker og sparet fremtidigt forbrug	77
5.15	Kommentarer til resultater	78
5.16	Referencer	83
6	FALDULYKKER	85
6.1	Indledning	85
6.2	Metode	86
6.3	Forekomst af faldulykker	88
6.4	Faldulykker og dødsfald	88
6.5	Faldulykker og indlæggelser	90
6.6	Faldulykker og ambulante hospitalsbesøg	92
6.7	Faldulykker og skadestuebesøg	94
6.8	Faldulykker blandt børn	96
6.9	Faldulykker og lægekontakter	96
6.10	Faldulykker og sygedage	97
6.11	Faldulykker og førtidspensioner	98
6.12	Faldulykker og sundhedsøkonomi	99
6.13	Faldulykker og produktionstab	100
6.14	Faldulykker og sparet fremtidigt forbrug	101
6.15	Kommentarer til resultater	102
6.16	Referencer	106
7	SELVMORD, SELVMORDSFORSØG OG SELVSKADE	107
7.1	Indledning	107
7.2	Metode	108
7.3	Forekomst af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade	110
7.4	Selv mord	111
7.5	Selvordsforsøg, selvskade og indlæggelser	113
7.6	Selvordsforsøg, selvskade og ambulante hospitalsbesøg	114
7.7	Selvordsforsøg, selvskade og skadestuebesøg	114

7.8	Selvordsforsøg og selvskade blandt børn	115
7.9	Selvordsforsøg, selvskade og lægekntakter	115
7.10	Selvordsforsøg, selvskade og sygedage	116
7.11	Selvordsforsøg, selvskade og førtidspensioner	117
7.12	Selvordsforsøg, selvskade og sundhedsøkonomi	118
7.13	Selvord, selvordsforsøg, selvskade og produktionstab	119
7.14	Selvord og sparet fremtidigt forbrug	120
7.15	Kommentarer til resultater	121
7.16	Referencer.....	126

FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER

Forkortelser

CCI	Charlson Comorbidity Index
COI	Cost-of-illness
DAGS	Dansk Ambulant Grupperingssystem
DRG	Diagnosis Related Groups
GBD 2013	Global Burden of Disease Study 2013
ICD-10	International Classification of Disease (10. udgave)
WHO	World Health Organization

Ordforklaringer

Byrdemål	Udfald for det antal tilfælde eller ekstra tilfælde, den pågældende skadestype medfører.
Gradient	I nærværende rapport tales om gradient, når den sociale ulighed for et givent byrdemål stiger gradvist i takt med, at den sociale position, målt ved uddannelsesniveau, falder eller stiger.
Kausalitet	Årsagssammenhæng mellem to eller flere faktorer.
Primærsektor	Samlet betegnelse for alment praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæge og terapeuter.
Sekundærsektor	Samlet betegnelse for hospitalssektoren, som i denne rapport omfatter somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg.
Social ulighed	I nærværende rapport tales om social ulighed, når der for et givent byrdemål er en forholdsvis stor byrde i gruppen af personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til gruppen af personer med mellemlang/lang uddannelse.

1 SAMMENFATNING

- En lang række byrdemål for dødelighed, hospitalskontakter, lægekontakter, sygefravær, førtidspensioner og økonomiske konsekvenser er beregnet for tre skadestyper. Skadestyperne er valgt ud fra betydning, forebyggelsespotentiale og tilgængelighed af data.
- Trafikulykker har større betydning blandt mænd end blandt kvinder. Især yngre mænd skiller sig ud for de fleste byrdemål.
- Faldulykker har større betydning blandt kvinder end blandt mænd. Især ældre kvinder skiller sig ud for de fleste byrdemål.
- Flere mænd end kvinder begår selvmord. Der er imidlertid ikke er nogen nævneværdig kønsforskel i antallet af personer, der samlet set enten begår selvmord, forsøger at begå selvmord eller udøver selvskade. For de fleste øvrige byrdemål har selvmordsforsøg og selvskade større betydning blandt kvinder end blandt mænd.
- Beregningerne kan give større indsigt i den betydning, udvalgte skadestyper har for befolkningens sundhedstilstand og således bidrage til en målrettet planlægning af eksempelvis relevante forebyggelsestiltag både nationalt, regionalt og kommunalt.

Dødsfald og sygelighed er rutinemæssigt blevet klassificeret efter årsagen til den pågældende ulykke, skadestype eller sygdom. En sådan klassifikation udgør en nyttig viden for planlægning i sundhedsvæsenet, men kan imidlertid også anvendes i forbindelse med udarbejdelsen af forebyggende indsatser inden for relevante områder.

Rapporten har tre delmål

- At kvantificere vigtige skadestypers betydning udtrykt ved relevante byrdemål for folkesundheden i Danmark.
- At vurdere samfundsøkonomiske konsekvenser af disse skadestyper.
- At vise, hvor stor forskellen er mellem uddannelsesgrupper.

Rapporten omfatter opgørelser for byrdemål relateret til skadestyperne trafikulykker, faldulykker samt selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Begrebet 'skadestype' omfatter således her udvalgte, afgrænsede situationer eller begivenhedstyper, som øger risikoen for kort- og langvarige skader, funktionsnedsættelse eller død.

I denne rapport kvantificeres de udvalgte skadestypers betydning for befolkningens sundhed og sygelighed ved en række byrdemål for helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser. Endvidere belyses den sociale ulighed for hvert byrdemål relateret til de enkelte skadestyper. Således er det ved en rangordning af skadestyperne inden for de enkelte byrdemål muligt at sammenligne på tværs af de nævnte skadestyper. Det vil her kunne ses, at betydningen af trafikulykker og faldulykker samt selvmord, selvmordsforsøg og selvskade afhænger af, hvilket byrdemål der anvendes.

Som byrdemål anvendes dødelighed (antal dødsfald, tab i midlellelevetid, tabte leveår), somatiske og psykiatriske hospitalskontakter, kontakter til alment praktiserende læge, sygefravær, nytilkendte førtidspensioner samt sundhedsøkonomiske omkostninger, produktionstabsomkostninger og sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død.

Til rapportens opgørelser er der anvendt følgende danske datakilder: Det Centrale Personregister, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Førtidspensionsstatistikken, Sygedagpengeregisteret, Ældredokumentationen, Uddannelsesregistret, Indkomststatistikregistret samt registre fra Danmarks Statistik.

Rapporten giver svar på spørgsmål af typen "Hvor mange dødsfald?", "Hvor mange tabte leveår?", "Hvor mange ekstra indlæggelser?", "Hvor mange ekstra omkostninger til behandling og pleje?" (med flere), der ses blandt personer, som har været ude for de udvalgte skadestyper.

I de følgende afsnit vil resultaterne blive sammenfattet og præsenteret grafisk, dels for de enkelte byrdemål, dels for social ulighed, hvor der både præsenteres resultater for de enkelte byrdemål og for de enkelte skadestyper.

De udvalgte skadestypers byrdemål:

- For hvert byrdemål vises en figur over, hvor mange tilfælde eller ekstra tilfælde der er for hver skadestype, fordelt efter køn. Denne sammenfatning vises på side 9-25.

Social ulighed præsenteres i sammenfatningen på følgende måde:

- For hvert byrdemål vises en figur over andelen af tilfælde eller ekstra tilfælde, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse, fordelt efter køn. Denne sammenfatning vises på side 26-36.
- For hver skadestype vises en figur over andelen af tilfælde eller ekstra tilfælde, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse, fordelt efter køn. Denne sammenfatning vises på side 37-40.

1.1 Skadestyper

I det følgende gives en oversigt over byrdemål og samfundsøkonomiske konsekvenser af hver enkelt skadestype.

Trafikulykker

For trafikulykker er alle byrdemål, med undtagelse af forekomst, dødelighed samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål, opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke (case-gruppen), i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke (referencegruppen). Forekomst, dødelighed, produktionstab på grund af tidlig død samt det sparede fremtidige forbrug er derimod opgjort ud fra en direkte optælling. Nogle ulykker kan medføre alvorlige konsekvenser flere år, efter selve ulykken er sket og således medføre et ressourcetræk i de offentlige udgifter til behandling, pleje og receptpligtig medicin. Derfor medtages der i case-gruppen personer, der inden for de foregående år har været ude for en trafikulykke, som medførte rygmarskade (opsamlingstid på ni år), hjenskade eller brud på bækkenet (opsamlingstid på fem år) eller andre skader (opsamlingstid på et år). Blandt børn er opgørelserne for somatiske indlæggelser og somatiske skadestuebesøg på grund af trafikulykker baseret på en direkte optælling af antal kontakter.

I perioden 2010-2012 var der i gennemsnit 27.000 personer, der årligt var ude for en trafikulykke.

I samme periode skete der årligt 240 trafikulykkesdødsfald, hvilket giver 4.300 tabte leveår blandt mænd og 1.200 tabte leveår blandt kvinder. Dette resulterer i et tab i befolkningens middellevetid på én måned for både mænd og kvinder.

Der var 11.000 ekstra somatiske indlæggelser, 820 ekstra psykiatriske indlæggelser, 44.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg, 3.100 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 13.000 ekstra somatiske skadestuebesøg, 1.100 ekstra psykiatriske skadestuebesøg, 130.000 ekstra lægekontakter, 330.000 ekstra sygedage og 120 ekstra nytildkendte førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.

Blandt børn var der 310 somatiske indlæggelser og 5.800 somatiske skadestuebesøg på grund af trafikulykker.

Der var ekstra omkostninger på 580 mio. kr. til behandling og pleje, ekstra omkostninger på 2,0 mia. kr. ved tabt produktion og et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 680 mio. kr. i forhold personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.

Faldulykker

For faldulykker er alle byrdemål, med undtagelse af forekomst, dødelighed og dele af de samfundsøkonomiske byrdemål, opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke (case-gruppen), i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke (referencegruppen). Forekomst, dødelighed, produktionstab på grund af tidlig død samt det sparede fremtidige forbrug er derimod opgjort ud fra en direkte optælling. Nogle ulykker kan medføre alvorlige konsekvenser i flere år efter selve ulykken er sket og således medføre et ressourcetræk i de offentlige udgifter til behandling, pleje og receptpligtig medicin. Derfor medtages der i case-gruppen personer, der inden for de foregående år har været ude for en faldulykke, som medførte rygmarvsskade (opsamlingstid på ni år), hjeneskade eller brud på bækkenet (opsamlingstid på fem år) eller andre skader (opsamlingstid på et år). Blandt børn er opgørelserne for somatiske indlæggelser og somatiske skadestuebesøg på grund af faldulykker baseret på en direkte optælling af antal kontakter.

I perioden 2010-2012 var der i gennemsnit 110.000 personer, der årligt var ude for en faldulykke.

I samme perioden skete der årligt 750 faldulykkesdødsfald, hvilket giver 1.300 tabte leveår blandt mænd og 500 tabte leveår blandt kvinder. Dette resulterer i et tab i befolkningens middellevetid på én måned for både mænd og kvinder.

Der var 82.000 ekstra somatiske indlæggelser, 4.700 ekstra psykiatriske indlæggelser, 270.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg, 17.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 60.000 ekstra somatiske skadestuebesøg, 5.200 ekstra psykiatriske skadestuebesøg, 710.000 ekstra lægekontakter, 870.000 ekstra sygedage og 460 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.

Blandt børn var der 2.600 somatiske indlæggelser og 64.000 somatiske skadestuebesøg på grund af faldulykker.

Der var ekstra omkostninger på 4,8 mia. kr. til behandling og pleje, ekstra omkostninger på 3,9 mia. kr. ved tabt produktion og et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der har været ude for en faldulykke, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 1,1 mia. kr. i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.

Selv mord, selvmordsforsøg og selvskade

For selvmord, selvmordsforsøg og selvskade er alle byrdemål, med undtagelse af lægekontakter, sygedage, førtidspension og dele af de samfundsøkonomiske byrdemål, opgjort ved hjælp af en direkte optælling. Lægekontakter, sygedage og førtidspension er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade (case-gruppen), i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade (referencegruppen). Selvskadende hændelser kan i nogle tilfælde medføre alvorlige konsekvenser i perioden efter selve hændelsen og således medføre et ressourcetræk i de offentliges udgifter til behandling, pleje og receptpligtig medicin. Derfor medtages i case-gruppen personer, der inden for det foregående år enten har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade. De samfundsøkonomiske byrdemål er ligeledes opgjort som et merforbrug i case-gruppen i forhold til referencegruppen, dog med undtagelse af opgørelsen over omkostninger til behandling og pleje i sekundærsektoren på grund af selvmordsforsøg og selvskade. Her er omkostningerne i stedet opgjort som en direkte opgørelse af omkostninger. Ligeledes er produktionstab på grund af tidlig død samt det sparede fremtidige forbrug opgjort ud fra en direkte opgørelse af omkostningerne. Blandt børn er opgørelserne for somatiske indlæggelser og somatiske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg og selvskade baseret på en direkte optælling af antal kontakter.

Selv mord, selvmordsforsøg og selvskade indgår ikke samlet i alle opgørelserne for de enkelte byrdemål. For incidens ses der således samlet på selvmord, selvmordsforsøg og selvskade, mens der for dødsfald ses separat på selvmord. Opgørelser for sekundærsektoren, lægekontakter, sygedage samt førtidspension er alene baseret på tilfælde af selvmordsforsøg og selvskade. I sekundærsektorens opgørelser præsenteres ikke resultater for nogen ambulante hospitalskontakter, ligesom der heller ikke præsenteres resultater for psykiatriske indlæggelser og psykiatriske skadestuebesøg. Dette skyldes, at der er relativt få tilfælde. For omkostninger til behandling og pleje medtages kun selvmordsforsøg og selvskade, hvorimod opgørelser af omkostninger ved tabt produktion medtager både selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Slutteligt ses der for sparet fremtidigt forbrug alene på selvmord.

I perioden 2010-2012 var der gennemsnitligt 7.000 personer, der årligt begik selvmord, forsøgte at begå selvmord eller udøvede selvskade.

I samme periode begik 610 personer selvmord, hvilket giver 9.700 tabte leveår blandt mænd og 3.200 tabte leveår blandt kvinder. Dette resulterer i et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og én måned for kvinder.

Der var 7.800 somatiske indlæggelser og 4.300 somatiske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg og selvskade samt 140.000 ekstra lægekontakter, 170.000 ekstra sygedage og 250 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.

Blandt børn var der 1.000 somatiske indlæggelser og 410 somatiske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg og selvskade.

Blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, var der ekstra omkostninger på 200 mio. kr. til behandling og pleje, og blandt personer, der har begået selvmord, forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, var der ekstra omkostninger på 3,6 mia. kr. ved tabt produktion. Blandt personer, der har begået selvmord, var der et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 1,9 mia. kr.

1.2 Byrdemål

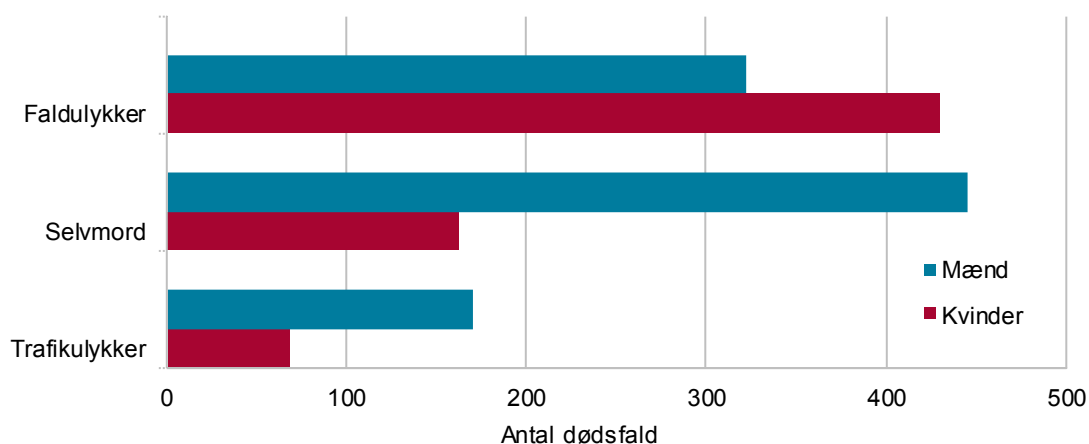
I dette afsnit vises for hvert byrdemål, hvordan fordelingen er på skadestyperne. For alle byrdemål, på nær dødsfald, tab i midlertid, tabte leveår samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål er opgørelserne for trafikulykker og faldulykker baseret på en case-kontrol-tilgang. Byrdemålene for disse skadestyper vil derfor afspejle merforbruget blandt personer, der har været ude for en ulykke af de nævnte typer, i forhold til personer, der ikke har været ude for en sådan type ulykke. For selvmord, selvmordsforsøg og selvskaede er dødsfald, tab i midlertid, tabte leveår, sekundærsektoren samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål opgjort som en direkte optælling af antal tilfælde. Case-kontrol-tilgangen er derimod anvendt for lægekontakter, sygedage, førtidspensioner samt de resterende samfundsøkonomiske byrdemål. De forskellige metodemæssige tilgange kan således påvirke sammenligneligheden af resultaterne på tværs af skadestyperne.

Dødsfald

Figur 1.2.1 viser, hvor mange dødsfald der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører henholdsvis godt 300 og knap 450 dødsfald blandt mænd og kvinder. Omtrent 450 mænd begår selvmord årligt, mens der blandt kvinder sker godt 150 selvmord. Blandt mænd og kvinder medfører trafikulykker henholdsvis 170 og 70 dødsfald.

Figur 1.2.1 Dødsfald relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer fra alder 0 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

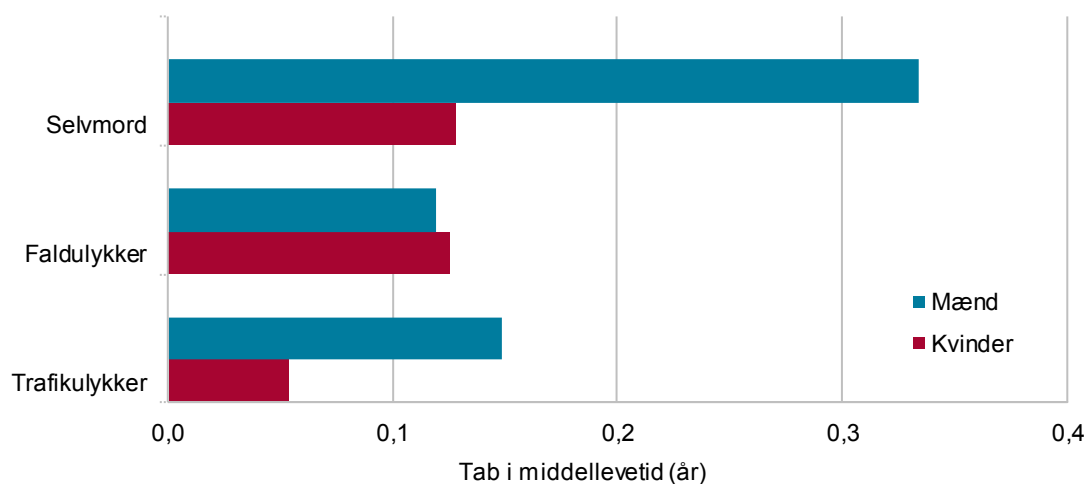


Tab i middellevetid

Figur 1.2.2 viser, hvor meget tab i middellevetid der kan tilskrives dødsfald på grund af hver enkelt skadestype.

Selv mord er i høj grad den mest betydende skadestype og medfører et tab i den danske middellevetid på fire måneder blandt mænd. Selv mord blandt kvinder medfører, ligesom de andre to skadestyper for begge køn, et tab i middellevetiden på omtrent én måned.

Figur 1.2.2 Tab i middellevetid relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer i aldersgruppen 16-99 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

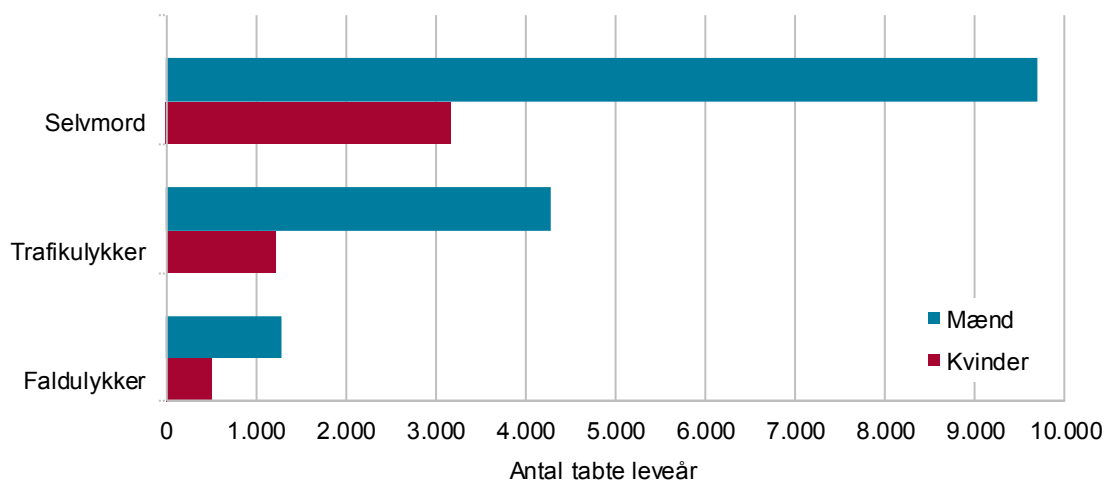


Tabte leveår

Figur 1.2.3 viser, hvor mange tabte leveår indtil alder 75 år der kan tilskrives dødsfald på grund af hver enkelt skadestype.

Selv mord er i høj grad den mest betydende skadestype og medfører knap 9.700 tabte leveår blandt mænd og knap 3.200 tabte leveår blandt kvinder. Trafikulykker medfører henholdsvis knap 4.300 og godt 1.200 tabte leveår blandt mænd og kvinder. For faldulykker ses knap 1.300 tabte leveår for mænd og godt 500 tabte leveår for kvinder.

Figur 1.2.3 Tabte leveår relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer i aldersgruppen 16-75 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

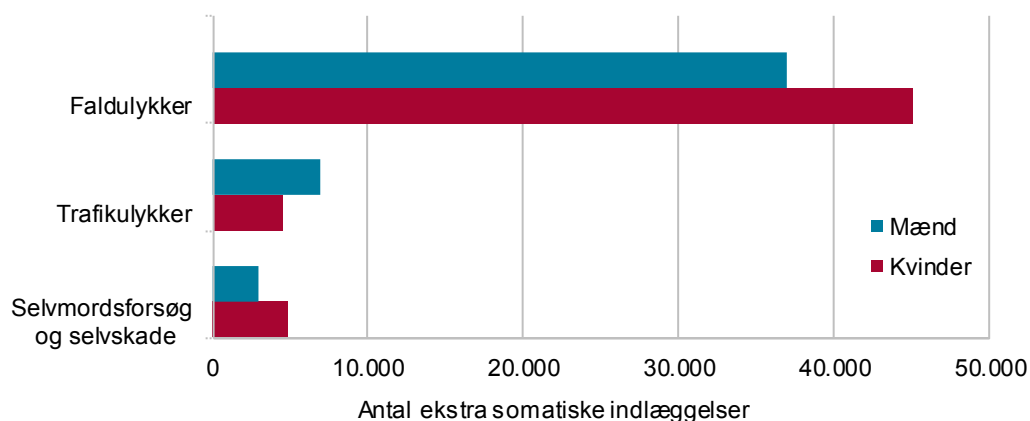


Somatiske indlæggelser

Figur 1.2.4 viser, hvor mange ekstra somatiske indlæggelser eller somatiske indlæggelser der kan tilskrives hver enkelt skadestype. For faldulykker og trafikulykker er opgørelserne baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for den nævnte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den nævnte skadestype. Derimod er der for selvmordsforsøg og selvskade tale om en direkte optælling af antal tilfælde. De forskellige metodemæssige tilgange kan således påvirke sammenligneligheden af resultaterne.

Faldulykker er i høj grad den mest betydende skadestype og medfører 37.000 ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og 45.000 ekstra somatiske indlæggelser blandt kvinder. Trafikulykker medfører henholdsvis knap 7.000 og 4.500 ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ses knap 3.000 somatiske indlæggelser blandt mænd og knap 5.000 somatiske indlæggelser blandt kvinder.

Figur 1.2.4 Ekstra somatiske indlæggelser relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

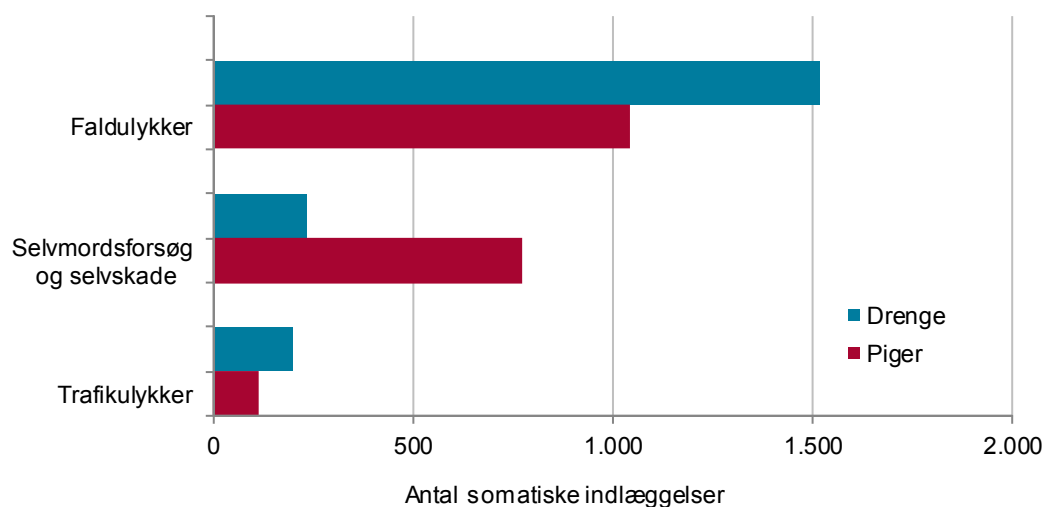


Somatiske indlæggelser blandt børn

Figur 1.2.5 viser, hvor mange somatiske indlæggelser der kan tilskrives hver enkelt skadestype blandt børn i alderen 0-15 år.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører henholdsvis omtrent 1.500 og 1.000 somatiske indlæggelser blandt drenge og piger. Selvmordsforsøg og selvskade medfører henholdsvis 230 og knap 800 somatiske indlæggelser blandt drenge og piger, mens der for trafikulykker ses 200 somatiske indlæggelser blandt drenge og 110 somatiske indlæggelser blandt piger.

Figur 1.2.5 Somatiske indlæggelser relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt børn i alderen 0-15 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

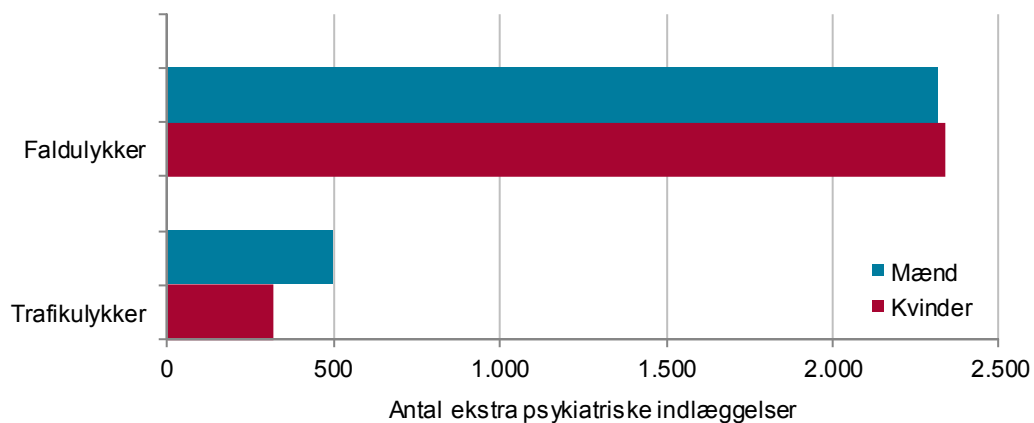


Psykiatriske indlæggelser

Figur 1.2.6 viser, hvor mange ekstra psykiatriske indlæggelser der kan tilskrives hver enkelt skadestype. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører 2.300 ekstra psykiatriske indlæggelser for både mænd og kvinder. Trafikulykker medfører henholdsvis 500 og 320 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder.

Figur 1.2.6 Ekstra psykiatriske indlæggelser relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

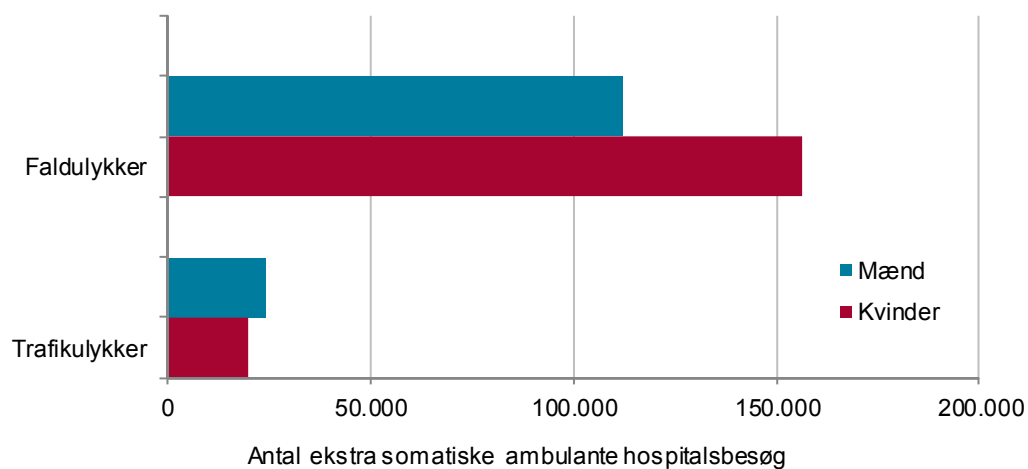


Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Figur 1.2.7 viser, hvor mange ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg der kan tilskrives hver enkelt skadestype. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Faldulykker er i høj grad den mest betydende skadestype og medfører knap 160.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder og godt 110.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd. Trafikulykker medfører omtrent 20.000-25.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt både mænd og kvinder.

Figur 1.2.7 Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

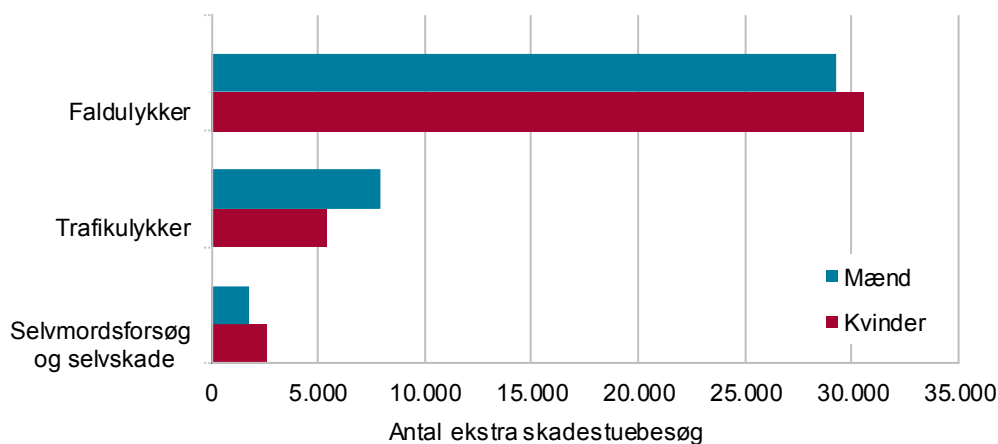


Somatiske skadestuebesøg

Figur 1.2.9 viser, hvor mange ekstra somatiske skadestuebesøg eller somatiske skadestuebesøg der kan tilskrives hver enkelt skadestype. For faldulykker og trafikulykker er opgørelserne baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for den nævnte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den nævnte skadestype. Derimod er der for selvmordsforsøg og selvskade tale om en direkte optælling af antal tilfælde. De forskellige metodemæssige tilgange kan således påvirke sammenligneligheden af resultaterne.

Faldulykker er i høj grad den mest betydende skadestype og medfører omtrent 30.000 ekstra somatiske skadestuebesøg blandt både mænd og kvinder. Trafikulykker medfører henholdsvis 8.000 og godt 5.000 ekstra somatiske skadestuebesøg blandt mænd og kvinder, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ses 1.700 somatiske skadestuebesøg blandt mænd og 2.600 somatiske skadestuebesøg blandt kvinder.

Figur 1.2.8 Ekstra somatiske skadestuebesøg relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

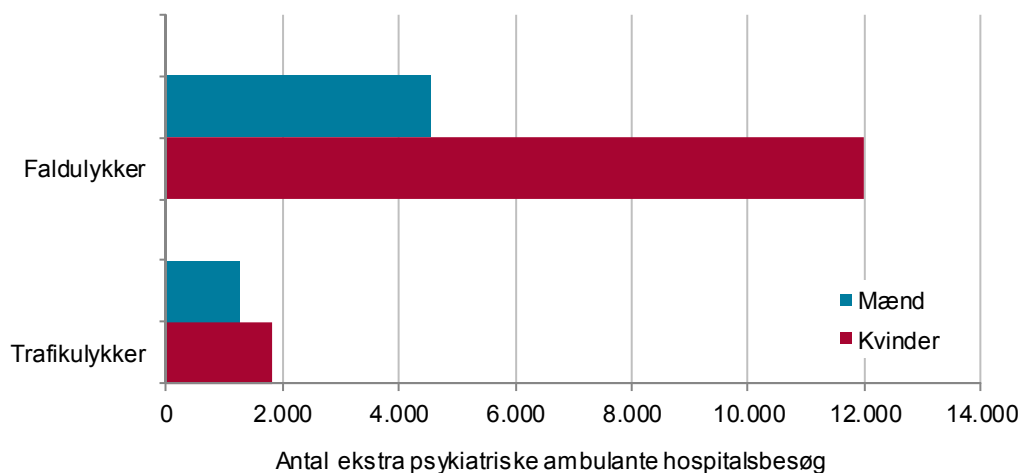


Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Figur 1.2.8 viser, hvor mange ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg der kan tilskrives hver enkelt skadestype. På grund af for få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører 4.500 og 12.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. For trafikulykker ses 1.300 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 1.800 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Figur 1.2.9 Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

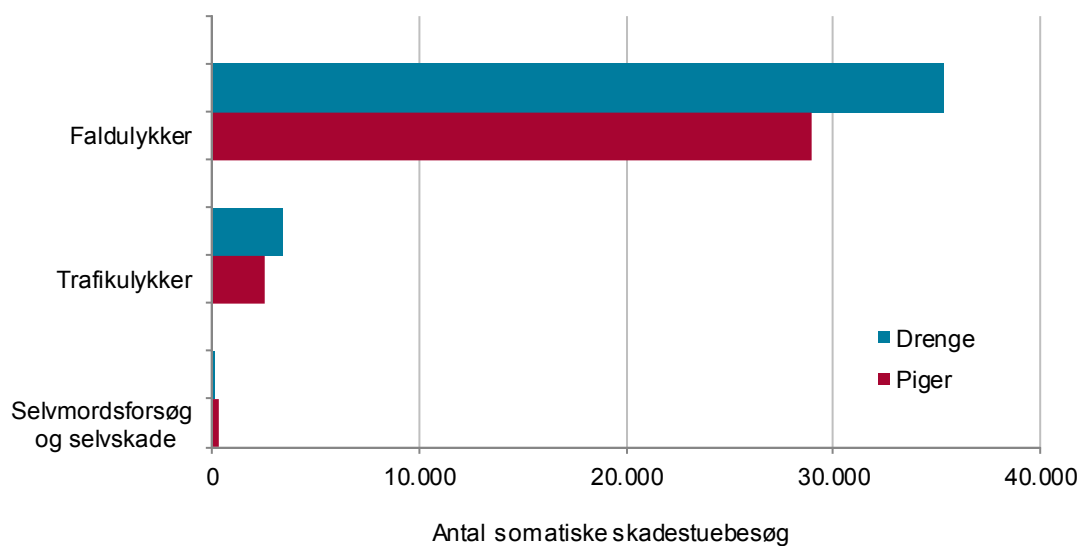


Somatiske skadestuebesøg blandt børn

Figur 1.2.10 viser, hvor mange somatiske skadestuebesøg der kan tilskrives hver enkelt skadestype blandt børn i alderen 0-15 år.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører henholdsvis godt 35.000 og knap 30.000 somatiske skadestuebesøg blandt drenge og piger. Trafikulykker medfører henholdsvis 3.400 og 2.500 somatiske skadestuebesøg blandt drenge og piger, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ses 100 somatiske skadestuebesøg blandt drenge og 310 somatiske skadestuebesøg blandt piger.

Figur 1.2.10 Somatiske skadestuebesøg relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt børn i alderen 0-15 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

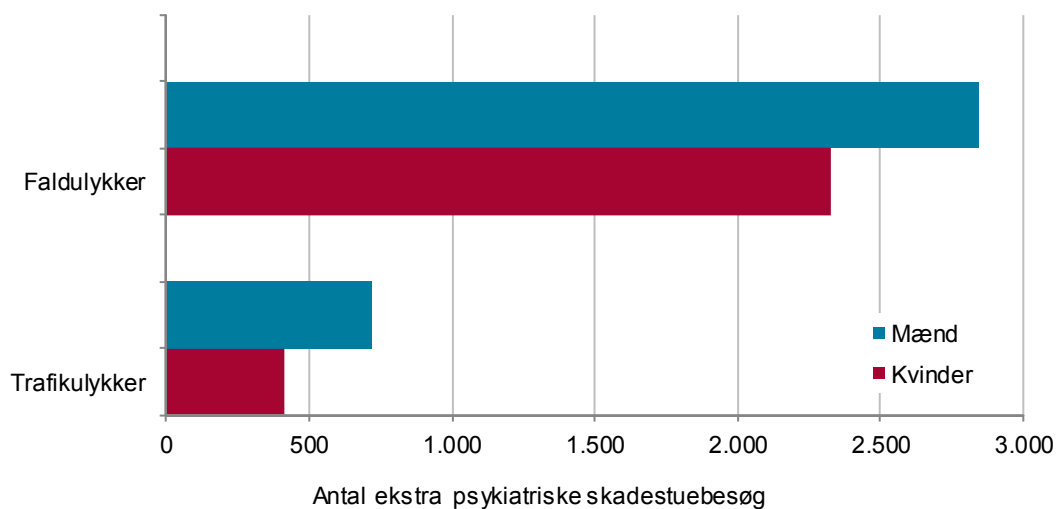


Psykiatriske skadestuebesøg

Figur 1.2.11 viser, hvor mange ekstra psykiatriske skadestuebesøg der kan tilskrives hver enkelt skadestype. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Faldulykker er den mest betydende skadestype og medfører 2.300-2.800 ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt både mænd og kvinder. Trafikulykker medfører henholdsvis 720 og 410 ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd og kvinder.

Figur 1.2.11 Ekstra psykiatriske skadestuebesøg relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

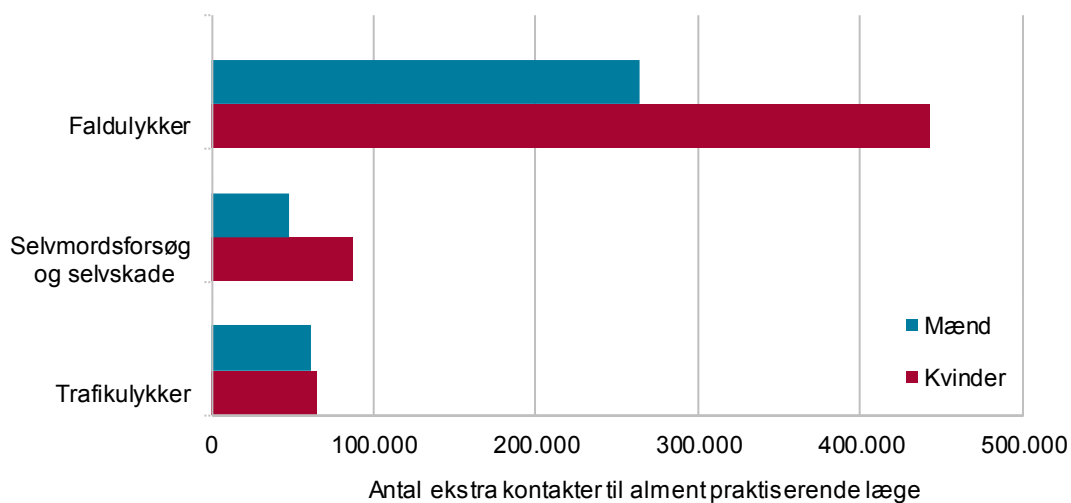


Kontakter til alment praktiserende læge

Figur 1.2.12 viser, hvor mange ekstra kontakter til alment praktiserende læge der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Faldulykker er den mest betydende skadestype med henholdsvis 260.000 og 440.000 ekstra kontakter blandt mænd og kvinder. Selvmordsforsøg og selvskade medfører henholdsvis 48.000 og 87.000 ekstra kontakter blandt mænd og kvinder, mens der for trafikulykker ses mellem 61.000-65.000 ekstra kontakter blandt både mænd og kvinder.

Figur 1.2.12 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

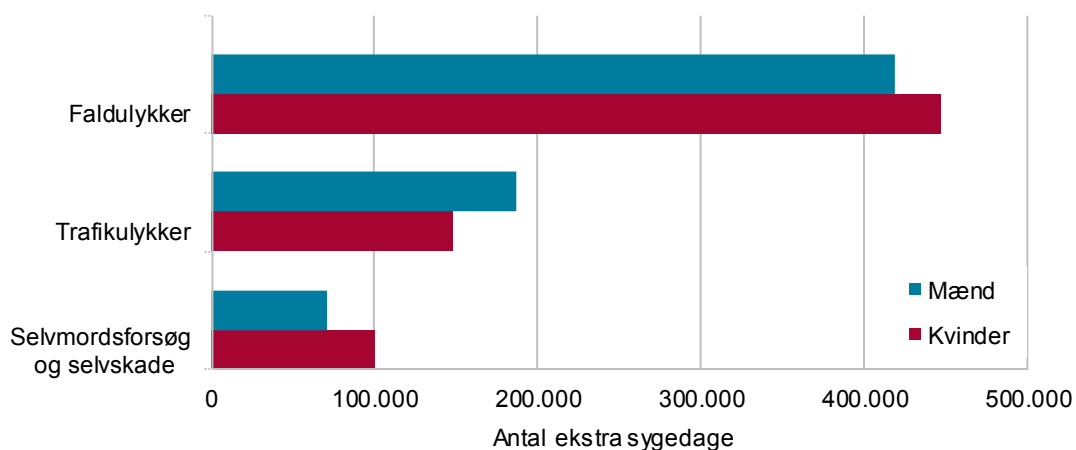


Sygedage

Figur 1.2.13 viser, hvor mange ekstra sygedage der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Faldulykker er den mest betydende skadestype for ekstra sygedage med 425.000-450.00 ekstra sygedage blandt både mænd og kvinder. Trafikulykker medfører 190.000 ekstra sygedage blandt mænd og 150.000 ekstra sygedage blandt kvinder, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ses henholdsvis 71.000 og 100.000 ekstra sygedage blandt mænd og kvinder.

Figur 1.2.13 Ekstra sygedage relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012

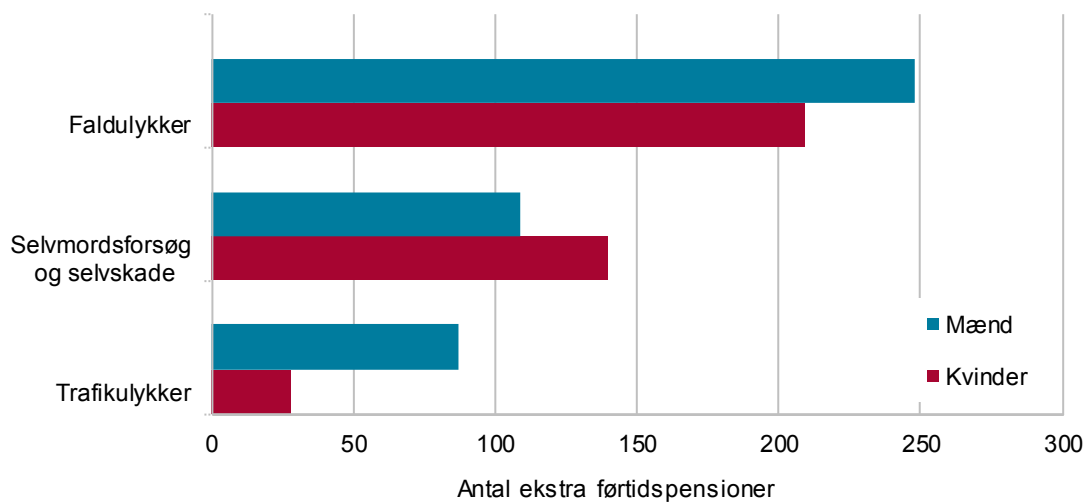


Førtidspension

Figur 1.2.14 viser, hvor mange ekstra nytilkendte førtidspensioner der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Faldulykker er den mest betydende skadestype med henholdsvis 250 og 210 ekstra førtidspensioner blandt mænd og kvinder. Selvmordsforsøg og selvskade medfører henholdsvis 110 og 140 ekstra førtidspensioner blandt mænd og kvinder, mens der for trafikulykker ses henholdsvis knap 90 og 30 ekstra førtidspensioner blandt mænd og kvinder.

Figur 1.2.14 Ekstra førtidspensioner relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012



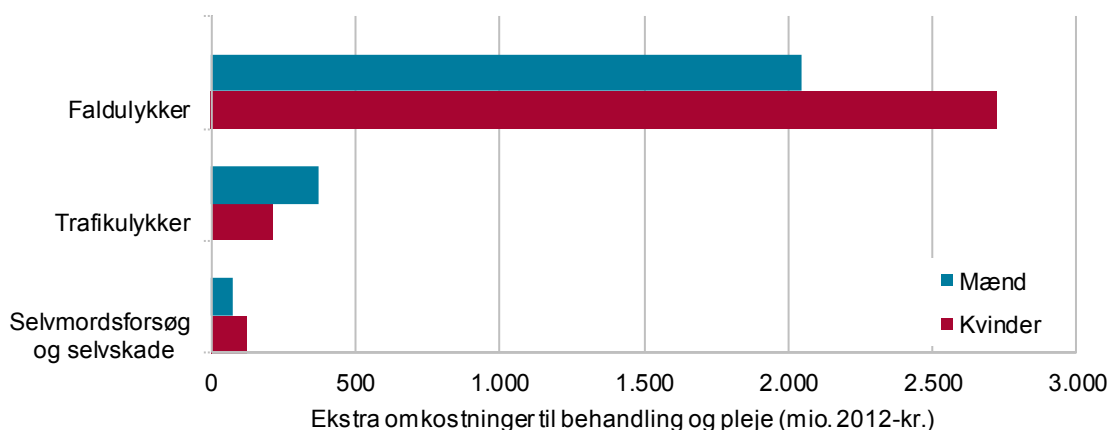
Sundhedsøkonomi

Figur 1.2.15 viser, hvor mange ekstra omkostninger til behandling og pleje (primærsektor, sekundærsektor, receptpligtig medicin og hjemmehjælp) der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Ekstra omkostninger til behandling og pleje er for alle skadestyper opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for den enkelte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den pågældende skadestype. Den eneste undtagelse herfra ses for selvmordsforsøg og selvskade, hvor omkostninger i sekundærsektoren i stedet er opgjort som en direkte opgørelse af omkostningerne.

Faldulykker er den mest betydende skadestype med ekstra omkostninger på omkring 2,7 mia. kr. blandt kvinder og 2,0 mia. kr. blandt mænd. Trafikulykker medfører ekstra omkostninger på henholdsvis 370 mio. kr. og 210 mio. kr. blandt mænd og kvinder, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ses ekstra omkostninger på henholdsvis 77 mio. kr. og 125 mio. kr. blandt mænd og kvinder.

Figur 1.2.15 Ekstra omkostninger til behandling og pleje relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16 år eller derover. Årligt gennemsnit for 2010-2012



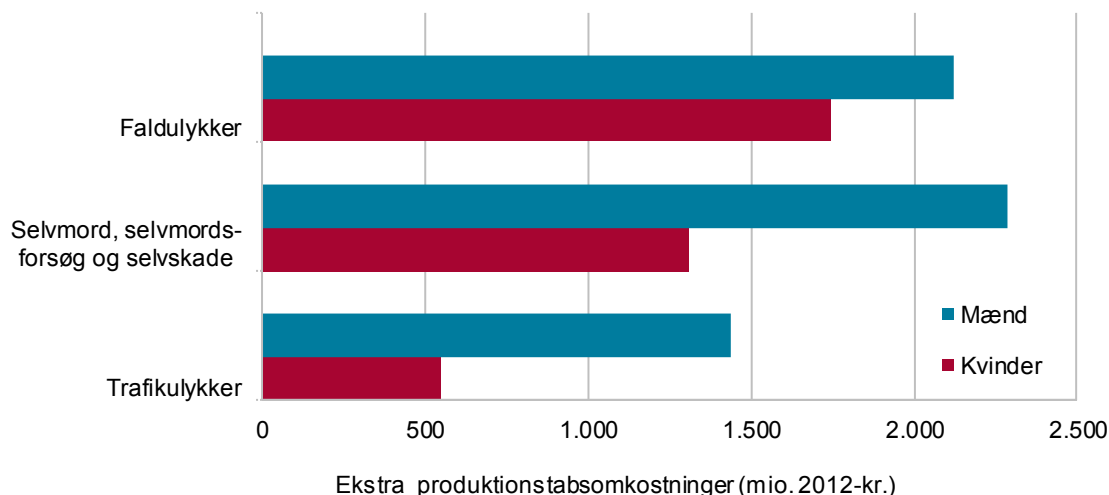
Produktionstab

Produktionstabet baserer sig på fravær fra arbejdsmarkedet som følge af sygefravær, førtidspension og tidlig død. Mens produktionstabet relateret til sygefravær og førtidspension er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for den enkelte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den pågældende skadestype, omfatter produktionstabet relateret til tidlig død en opgørelse af de direkte omkostninger.

Figur 1.2.16 viser, hvor mange ekstra omkostninger på grund af tabt produktion der kan tilskrives hver enkelt skadestype.

Faldulykker er den mest betydende skadestype med ekstra omkostninger på 2,1 mia. kr. relateret til tabt produktion blandt mænd og ekstra omkostninger på 1,7 mia. kr. blandt kvinder. Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade medfører ekstra omkostninger på godt 2,3 mia. kr. blandt mænd og omtrent 1,3 mia. kr. blandt kvinder, mens der for trafikulykker ses ekstra omkostninger på 1,4 mia. kr. blandt mænd og 500 mio. kr. blandt kvinder.

Figur 1.2.16 Ekstra produktionstabsomkostninger relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer på 16-64 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

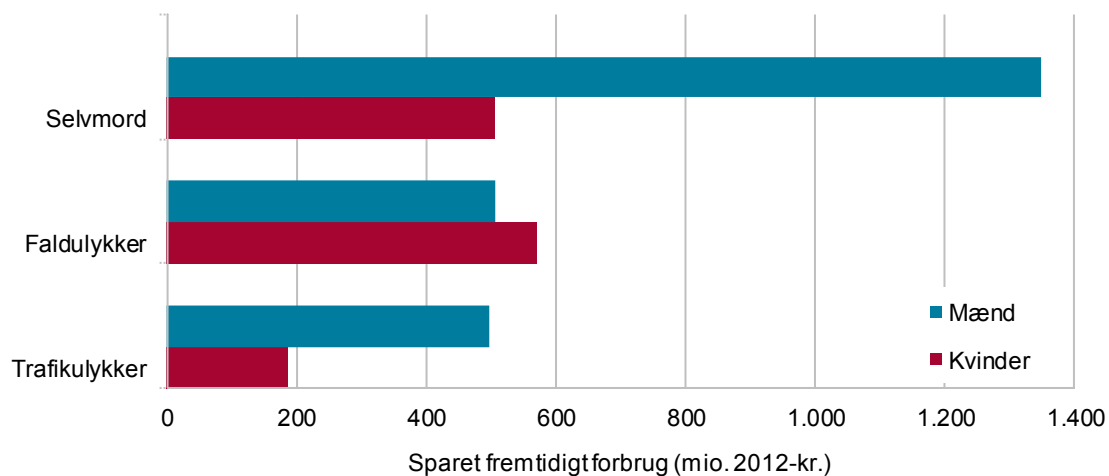


Sparet fremtidigt forbrug

Figur 1.2.17 viser, hvor stort et sparet fremtidigt forbrug hver enkelt skadestype medfører på grund af tidlig død.

Selv mord er den mest betydende skadestype og medfører et sparet fremtidigt forbrug på 1,3 mia. kr. blandt mænd og 510 mio. kr. blandt kvinder. Faldulykkesdødsfald medfører et sparet fremtidigt forbrug på henholdsvis 510 mio. kr. og 570 mio. kr. blandt mænd og kvinder, mens der for trafikulykkesdødsfald ses et sparet fremtidigt forbrug på 500 mio. kr. for mænd og 190 mio. kr. for kvinder.

Figur 1.2.17 Sparet fremtidigt forbrug til behandling og pleje samt øvrigt offentligt og privat forbrug relateret til skadestyper, fordelt efter køn, blandt personer i aldersgruppen 16-100 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012



1.3 Social ulighed fordelt efter byrdemål

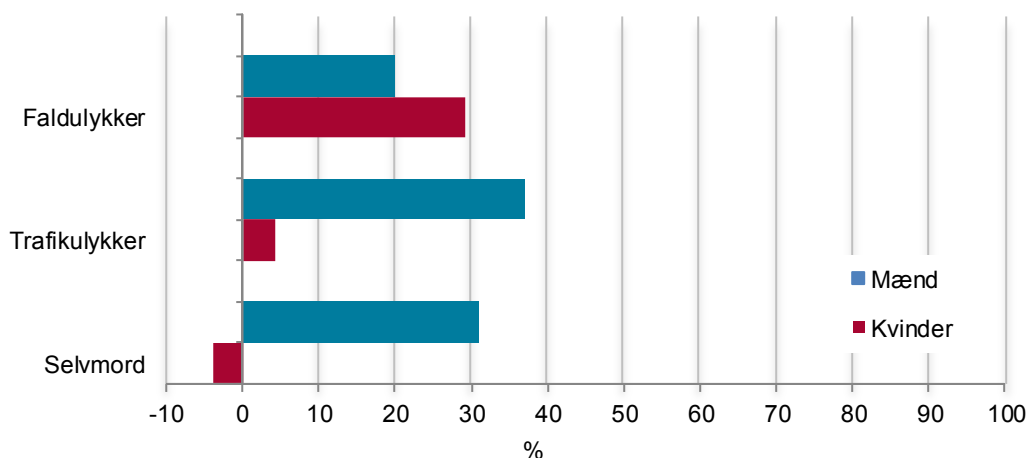
I dette afsnit om social ulighed vises, hvor stor en andel af tilfælde eller ekstra tilfælde der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for hvert enkelt byrdemål relateret til den enkelte skadestype som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Tilgangen i præsentationen af den sociale ulighed medfører således, at der ikke tages hensyn til de absolutte forskelle, der fremgår af afsnit 1.2. Søjlerne viser altså graden af uddannelsesmæssig skævhed inden for hver enkelt skadestype for sig. En lang søjle i figuren (en stor andel af byrdemålet) for en bestemt skadestype kan altså både dække over et højt og et lavt absolut antal tilfælde eller ekstra tilfælde. For selvmord blandt mænd ses det, at 31 % af dødsfaldene kunne undgås, svarende til 117 dødsfald, hvis personer med grundskole eller kort uddannelse havde samme mønster for selvmord som personer med mellemlang/lang uddannelse. For trafikulykker blandt mænd ses det til sammenligning, at 37 % af dødsfaldene kunne undgås, svarende til 40 dødsfald, hvis personer med grundskole eller kort uddannelse havde samme mønster for trafikulykkesdødsfald som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Dødsfald

I figur 1.3.1 er angivet andelen af dødsfald, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for dødsfald på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i dødsfald er størst for faldulykker, hvor henholdsvis omkring 20 % og 30 % af dødsfaldene blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville godt 35 % af dødsfaldene blandt mænd og knap 5 % af dødsfaldene blandt kvinder have været undgået, mens godt 30 % af selvmordene blandt mænd ville have været undgået. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for selvmord, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større selvmordshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

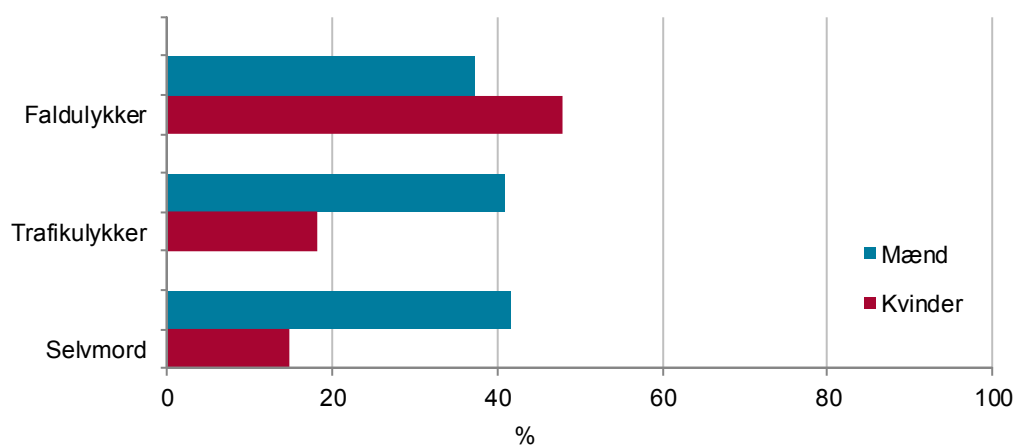
Figur 1.3.1 Andel af dødsfald, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype



Tabte leveår

I figur 1.3.2 er angivet andelen af tabte leveår indtil alder 75 år, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for dødsfald på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i tabte leveår er størst for faldulykker, hvor henholdsvis godt 35 % og knap 50 % af de tabte leveår blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville omtrent 40 % af de tabte leveår blandt mænd og knap 20 % af de tabte leveår blandt kvinder have været undgået, mens henholdsvis omtrent 40 % og 15 % af de tabte leveår på grund af selvmord blandt mænd og kvinder ville have været undgået.

Figur 1.3.2 Andel af tabte leveår, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

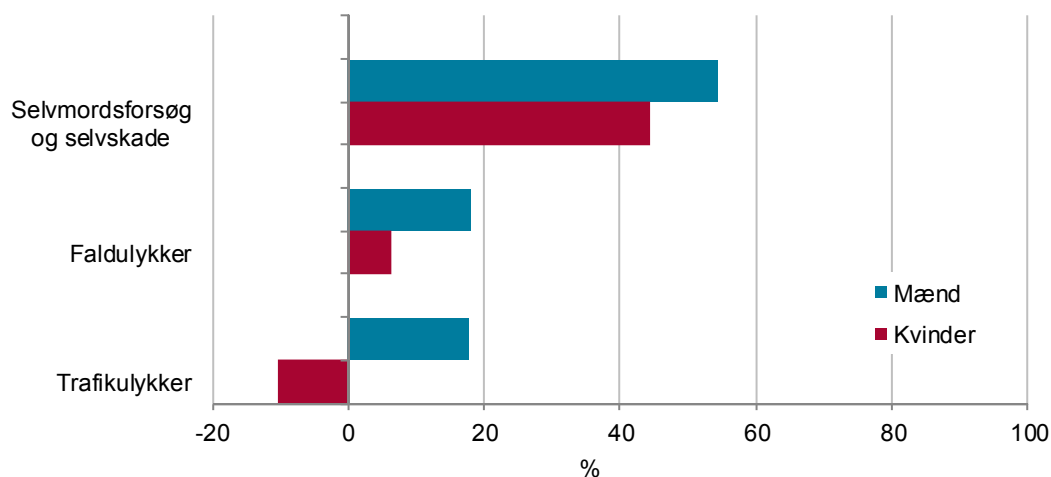


Somatiske indlæggelser

I figur 1.3.3 er angivet andelen af ekstra somatiske indlæggelser eller somatiske indlæggelser, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for somatiske indlæggelser på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. For faldulykker og trafikulykker er opgørelserne baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for den nævnte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den nævnte skadestype. Derimod er der for selvmordsforsøg og selvskade tale om en direkte optælling af antal tilfælde. De forskellige metodemæssige tilgange kan således påvirke sammenligneligheden af resultaterne.

Den sociale ulighed i somatiske indlæggelser er størst for selvmordsforsøg og selvskade, hvor henholdsvis omtrent 55 % og 45 % af de somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For faldulykker ville knap 20 % af de ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd og godt 5 % af de ekstra somatiske indlæggelser blandt kvinder have været undgået, mens der for trafikulykker blandt mænd ville have været undgået knap 20 % af de ekstra somatiske indlæggelser. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større indlæggeshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.3 Andel af ekstra somatiske indlæggelser, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

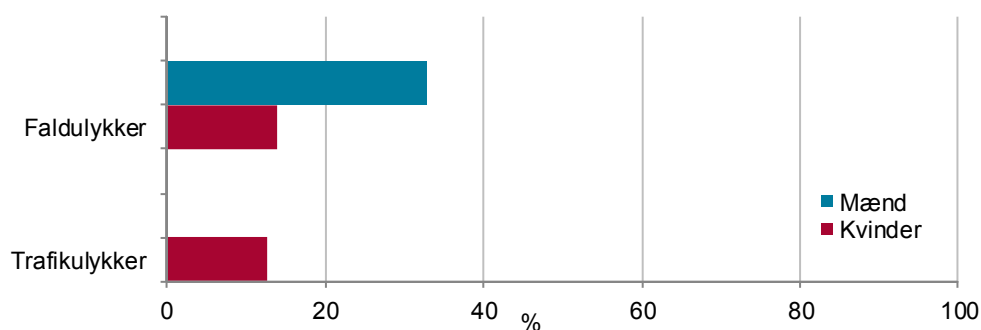


Psykiatriske indlæggelser

I figur 1.3.4 er angivet andelen af ekstra psykiatriske indlæggelser, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for psykiatriske indlæggelser på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Den sociale ulighed i psykiatriske indlæggelser er størst for faldulykker, hvor henholdsvis knap 35 % og knap 15 % af de ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville knap 15 % af de ekstra psykiatriske indlæggelser blandt kvinder have været undgået, mens der blandt mænd ikke ses nogen social ulighed.

Figur 1.3.4 Andel af ekstra psykiatriske indlæggelser, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

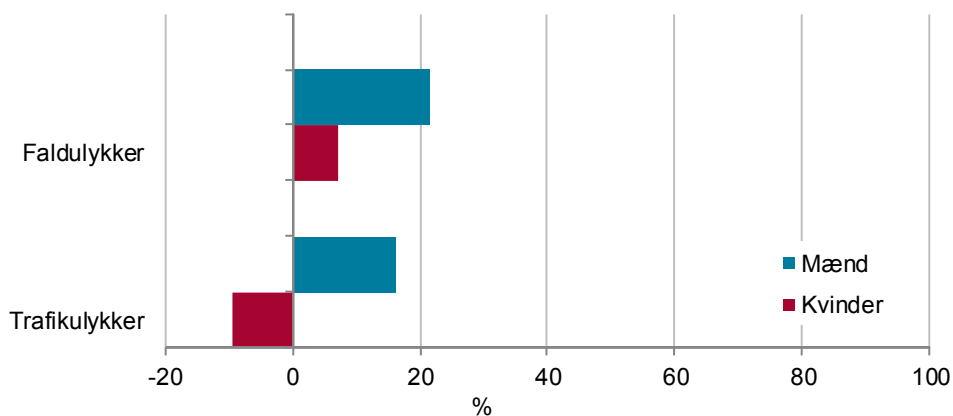


Somatiske ambulante hospitalsbesøg

I figur 1.3.5 er angivet andelen af ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Den sociale ulighed i somatiske ambulante hospitalsbesøg er størst for faldulykker, hvor henholdsvis godt 20 % og godt 5 % af de ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville godt 15 % af de ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd have været undgået. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større besøgshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.5 Andel af ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

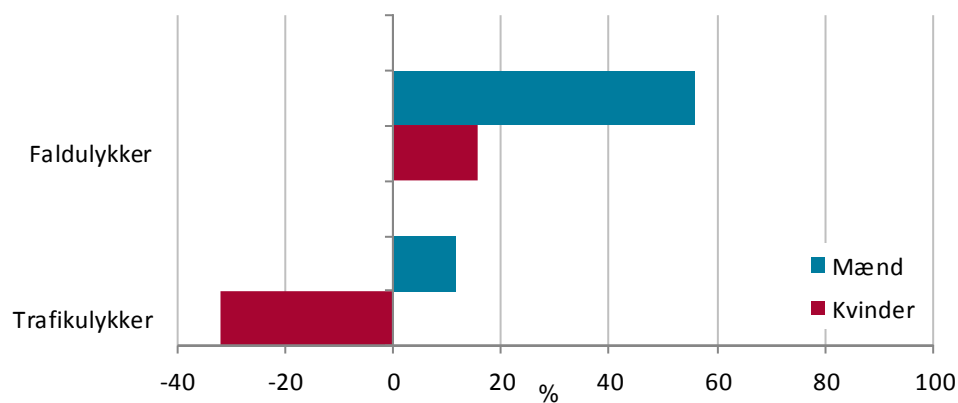


Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

I figur 1.3.6 er angivet andelen af ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Den sociale ulighed i psykiatriske ambulante hospitalsbesøg er størst for faldulykker, hvor henholdsvis godt 55 % og godt 15 % af de ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville der blandt mænd have været undgået godt 10 % af de ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større besøgshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.6 Andel af ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

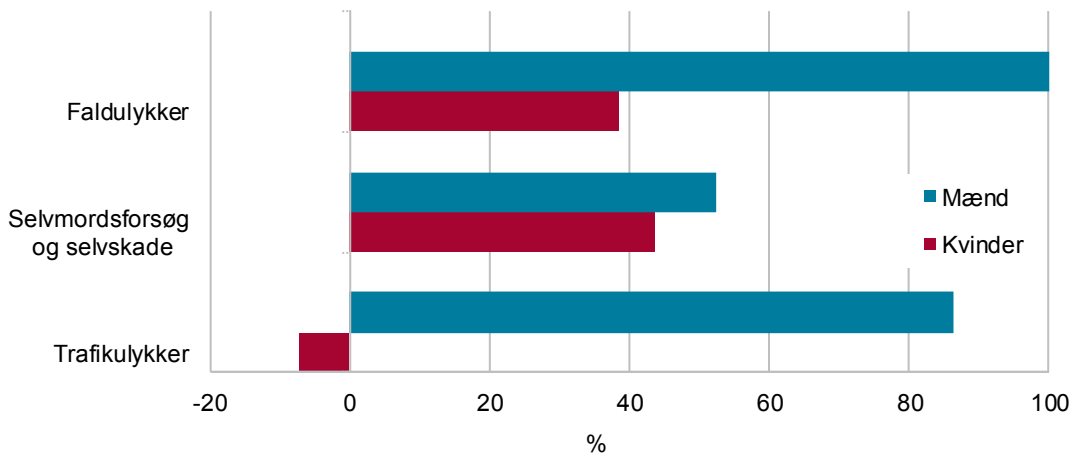


Somatiske skadestuebesøg

I figur 1.3.7 er angivet andelen af ekstra somatiske skadestuebesøg eller somatiske skadestuebesøg, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for somatiske skadestuebesøg på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. For faldulykker og trafikulykker er opgørelserne baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for den nævnte skadestype, i forhold til personer, der ikke har været ude for den nævnte skadestype. Derimod er der for selvmordsforsøg og selvskade tale om en direkte optælling af antal tilfælde. De forskellige metodemæssige tilgange kan således påvirke sammenligneligheden af resultaterne.

Den sociale ulighed i somatiske skadestuebesøg er størst for faldulykker, hvor henholdsvis knap 40 % af de ekstra somatiske skadestuebesøg blandt kvinder og knap 110 % af de ekstra somatiske skadestuebesøg blandt mænd ville have været undgået. Grunden til, at mere end 100 % af de ekstra somatiske skadestuebesøg ville kunne have været undgået blandt mænd, er, at der er færre somatiske skadestuebesøg blandt højtuddannede personer i case-gruppen i forhold til personer med høj uddannelse i referencegruppen. For selvmordsforsøg og selvskade ville der have været undgået henholdsvis godt 50 % og knap 45 % af de ekstra somatiske skadestuebesøg blandt mænd og kvinder. For trafikulykker blandt mænd ville have været undgået godt 85 % af de ekstra somatiske skadestuebesøg. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større besøgshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.7 Andel af ekstra somatiske skadestuebesøg, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

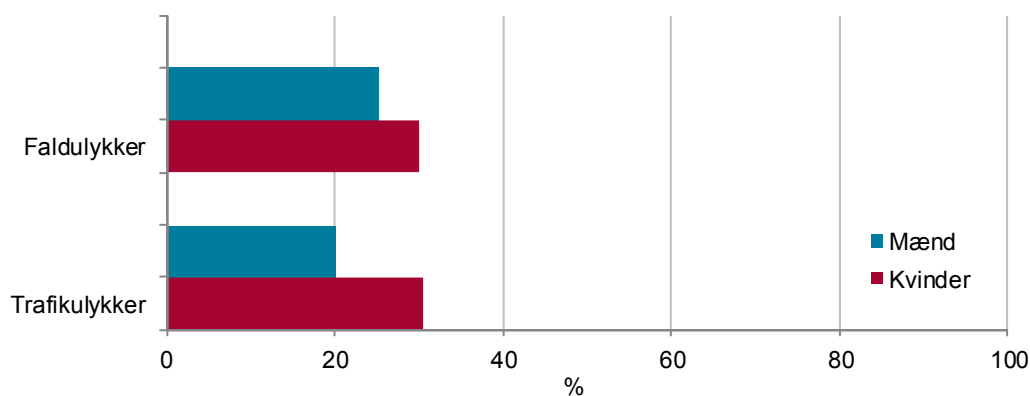


Psykiatriske skadestuebesøg

I figur 1.3.8 er angivet andelen af ekstra psykiatriske skadestuebesøg, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for psykiatriske skadestuebesøg på grund af den enkelte skadestype som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. På grund af relativt få tilfælde er det ikke muligt at præsentere resultater for selvmordsforsøg og selvskade.

Den sociale ulighed i psykiatriske skadestuebesøg er størst for faldulykker, hvor henholdsvis 25 % og 30 % af de ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For trafikulykker ville der have været undgået 20 % af de ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd og 30 % af de ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt kvinder.

Figur 1.3.8 Andel af ekstra psykiatriske skadestuebesøg, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

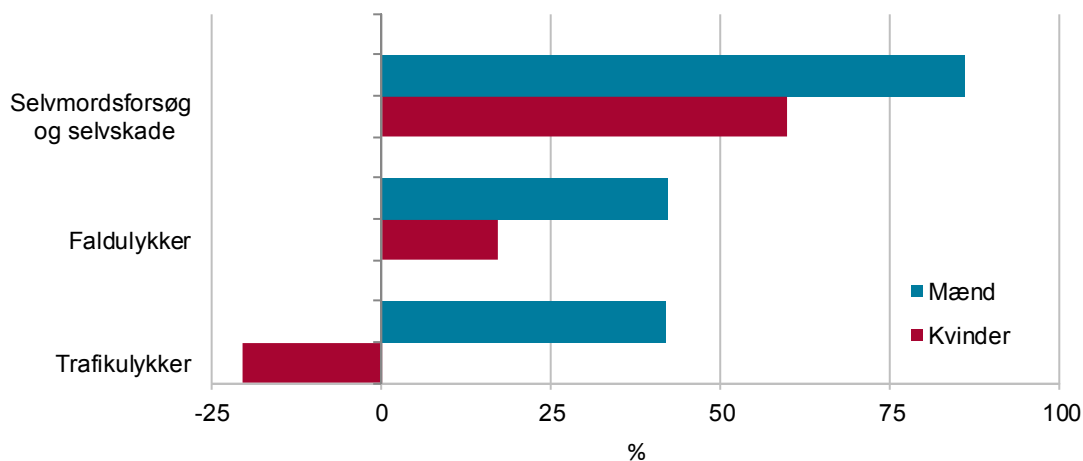


Kontakter til alment praktiserende læge

I figur 1.3.9 er angivet andelen af ekstra kontakter til alment praktiserende læge, der ville have været undgået, hvis personer med grundskole eller kort uddannelse havde samme mønster for kontakt til alment praktiserende læge relateret til den enkelte skadestype som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Den sociale ulighed i kontakter til alment praktiserende læge er størst for selvmordsforsøg og selvskade, hvor henholdsvis godt 85 % og 60 % af de ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For faldulykker ville godt 40 % af de ekstra lægekontakter blandt mænd og godt 15 % af de ekstra lægekontakter blandt kvinder have været undgået, mens der for trafikulykker for mænd ville have været undgået godt 40 % af de ekstra lægekontakter. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større kontakthyppe blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.9 Andel af ekstra kontakter til alment praktiserende læge, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

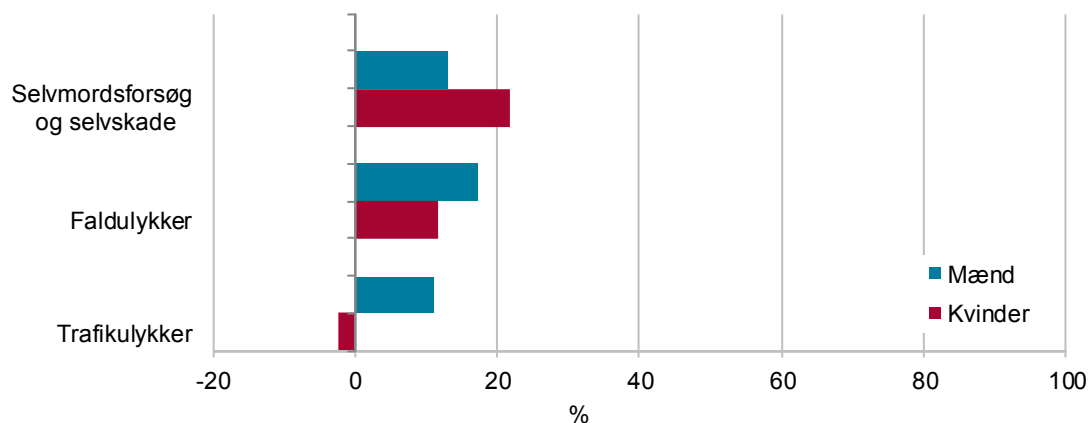


Sygedage

I figur 1.3.10 er angivet andelen af ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for sygefravær relateret til den enkelte skadestype som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Den sociale ulighed i sygefravær er størst for selvmordsforsøg og selvskade, hvor henholdsvis knap 15 % og godt 20 % af de ekstra sygedage blandt mænd og kvinder ville have været undgået. For faldulykker ville godt 15 % af de ekstra sygedage blandt mænd og godt 10 % af de ekstra sygedage blandt kvinder have været undgået, mens der for trafikulykker blandt mænd ville have været undgået godt 10 % af de ekstra sygedage. Blandt kvinder ses derimod en mindre omvendt social ulighed for trafikulykker, hvilket indikerer, at der for denne skadestype er en større sygdomshyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.3.10 Andel af ekstra sygedage, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype

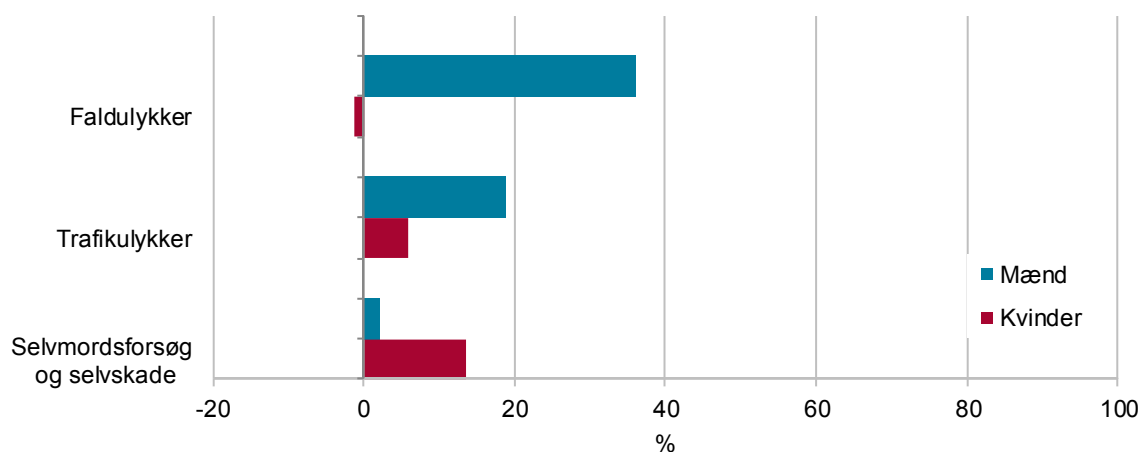


Førtidspension

I figur 1.3.11 er angivet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner, der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for førtidspension relateret til den enkelte skadestype som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Den sociale ulighed i førtidspension er størst for faldulykker blandt mænd, hvor godt 35 % af de ekstra nytilkendte førtidspensioner ville have været undgået. For kvinder ses der for faldulykker ingen nævneværdig social ulighed. For trafikulykker ville knap 20 % af de ekstra førtidspensioner blandt mænd og godt 5 % af de ekstra førtidspensioner blandt kvinder have været undgået, mens der for selvmordsforsøg og selvskade ville have været undgået mindre end 5 % og knap 15 % af de ekstra førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Figur 1.3.11 Andel af ekstra førtidspensioner, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse. Blandt personer i aldersgruppen 30-84 år, fordelt efter køn og skadestype



1.4 Social ulighed fordelt efter skadestyper

Den sociale ulighed i byrdemål er i det følgende grupperet efter skadestype.

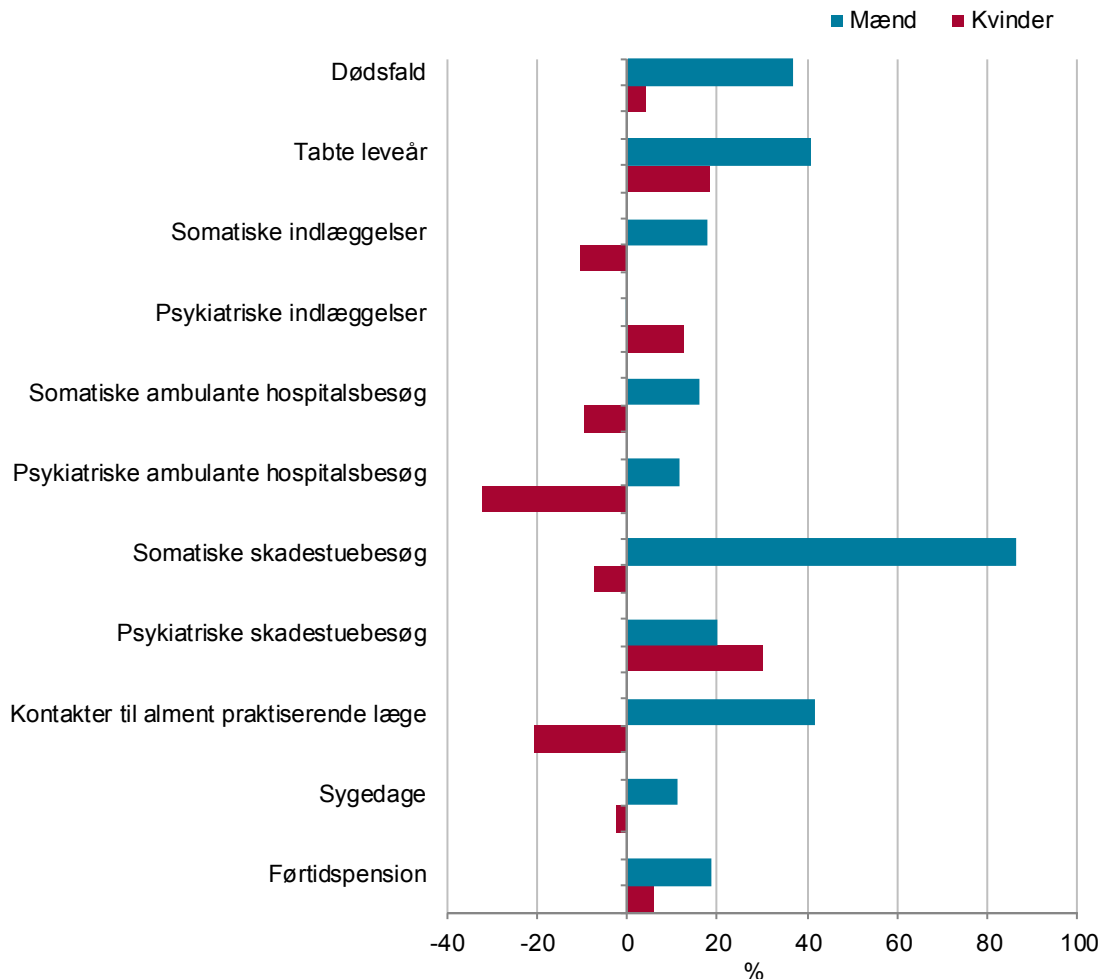
Samtlige opgørelser er baseret på personer i aldersgruppen 30-84 år, på nær opgørelsen af tabte leveår, som inkluderer personer i aldersgruppen 30-75 år.

Trafikulykker

Den sociale ulighed er præsenteret som andelen af tilfælde (dødsfald, tabte leveår) eller ekstra tilfælde (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, lægekontakter, sygedage, førtidspension) der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for hvert enkelt byrdemål relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses en social ulighed, som varierer betydeligt afhængigt af byrdemålene, og for langt størstedelen af byrdemålene ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. For visse byrdemål ville 30-40 % af tilfældene have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde haft samme mønster for de pågældende byrdemål som personer med mellemlang/lang uddannelse. For omtrent halvdelen af byrdemålene blandt kvinder ses en omvendt, social ulighed, hvilket indikerer, at der for disse byrdemål er en større hyppighed blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i forhold til personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse.

Figur 1.4.1 Trafikulykker. Andel tilfælde ekstra tilfælde, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse.

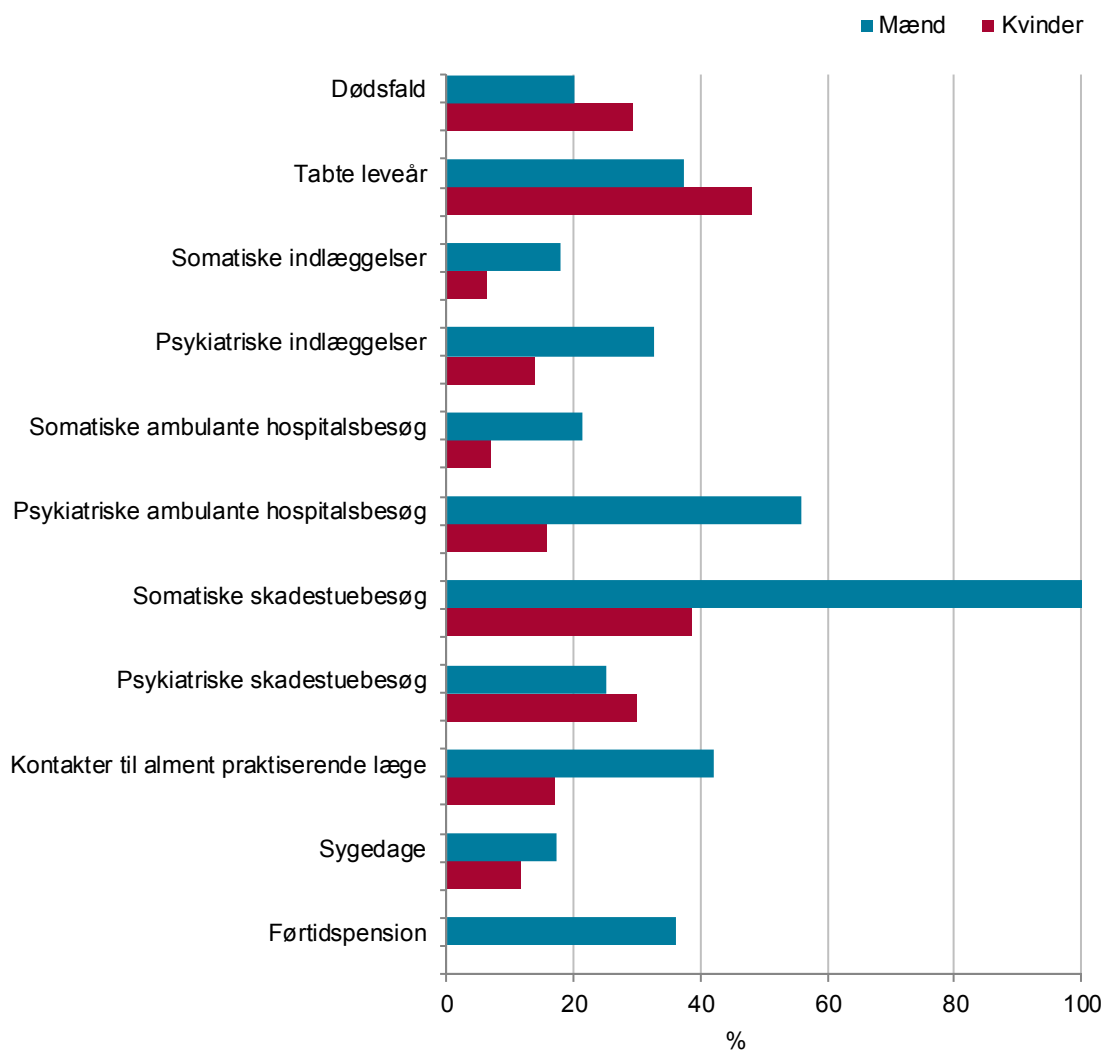


Faldulykker

Den sociale ulighed er præsenteret som andelen af tilfælde (dødsfald, tabte leveår) eller ekstra tilfælde (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, lægekontakter, sygedage, førtidspension) der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for hvert enkelt byrdemål relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses en social ulighed, som varierer betydeligt afhængigt af byrdemålene, og for størstedelen af byrdemålene ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. For visse byrdemål ville 30-40 % af tilfældene have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde haft samme mønster for de pågældende byrdemål som personer med mellemlang/lang uddannelse. For andre byrdemål er denne andel kun omtrent 10 %. For somatiske skadestuebesøg blandt mænd ville mere end 100 % af tilfældene have været undgået, et fund der dækker over et lavere antal somatiske skadestuebesøg blandt personer med mellemlang/lang uddannelse i case-gruppen i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse i referencegruppen.

Figur 1.4.2 Faldulykker. Andel tilfælde eller ekstra tilfælde, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse.

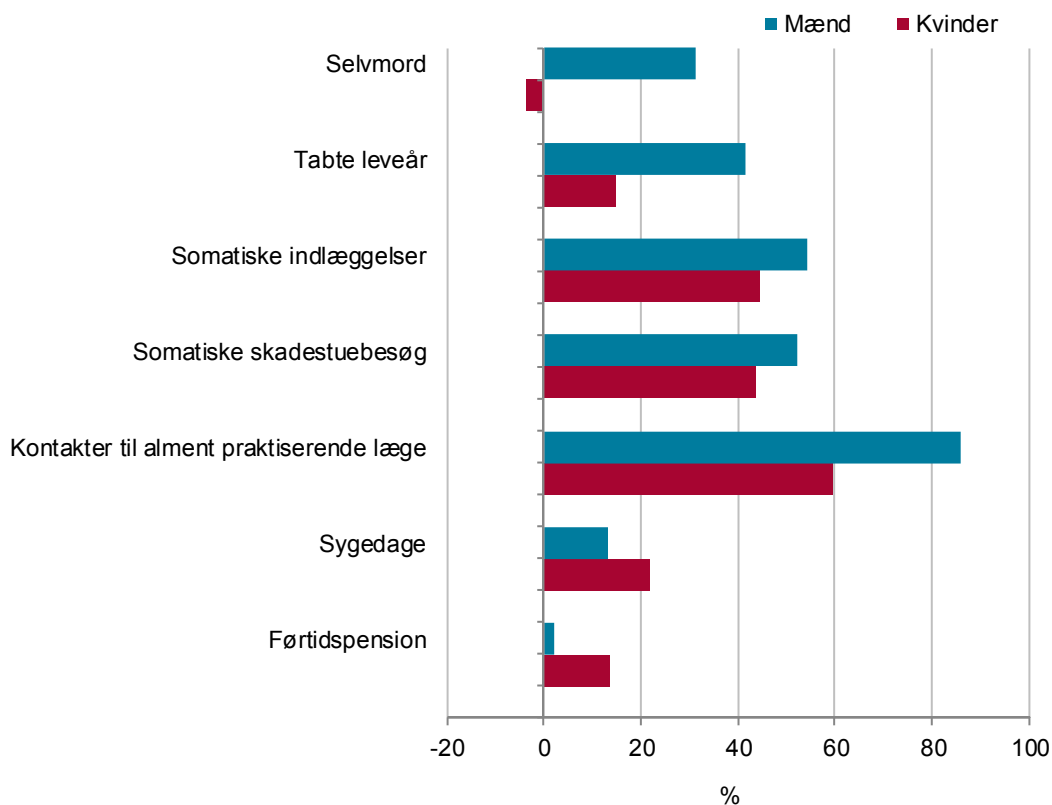


Selv mord, selvmordsforsøg og selvskade

Den sociale ulighed er præsenteret som andelen af tilfælde (selvmord, tabte leveår, somatiske indlæggelser, somatiske skadestuebesøg) eller ekstra tilfælde (lægekontakter, sygedage, førtidspension), der ville have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde samme mønster for hvert enkelt byrdemål relateret til selvmord, selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses en social ulighed, som varierer betydeligt afhængigt af byrdemålene, og for størstedelen af byrdemålene ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder. For visse byrdemål ville 40-60 % af tilfældene have været undgået, hvis personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde haft samme mønster for de pågældende byrdemål som personer med mellemlang/lang uddannelse. For andre byrdemål er denne andel kun omtrent 10 %.

Figur 1.4.3 Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Andel tilfælde eller ekstra tilfælde, der ville have været undgået, blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse i forhold til personer med mellemlang/lang uddannelse.



2 BAGGRUND

Trafikulykker, faldulykker samt selvmord, selvmordsforsøg og selvskade er skadestyper, der påvirker folkesundheden ved eksempelvis at øge risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse, sygehusbehandling, handicap, forringet livskvalitet, sygefravær og tidlig død.

I Danmark giver de unikke sundhedsregistre gode muligheder for at lave opgørelser af udvalgte skadestyper i forhold til eksempelvis forekomst, dødelighed, brug af primær- og sekundærsektoren og fravær fra arbejdsmarkedet samt de heraf afledte samfundsøkonomiske konsekvenser. Sådanne opgørelser giver endvidere mulighed for en sammenligning af skadestyperne. Ydermere muliggøres en udvidelse af det eksisterende datagrundlag til brug for planlægning i sundhedsvæsenet til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

I Danmark findes der markant social ulighed for flere sundhedsmæssige indikatorer: forekomst, dødelighed og brug af sundhedsvæsenet. På trods af de veldokumenterede sociale forskelle mangler vi viden om fordelingen af byrden af diverse skadestyper relateret til social ulighed. Tværgående ulighedssammenligninger for alle skadestyper og byrdemål indgår derfor som en central del af rapportens beregninger af, hvorledes byrden relateret til ulykker, selvskade og selvmord fordeler sig i befolkningen som supplement til demografiske fordelinger efter køn og alder.

2.1 Formål

Dette er den sidste af tre rapporter om sygdomsbyrden i Danmark. Rapporten beskriver, hvorledes byrden ved de tre skadestyper; 1) trafikulykker, 2) faldulykker samt 3) selvmord, selvmordsforsøg og selvskade fordeler sig i befolkningen efter køn og alder. Byrden af skadestyperne spænder over en række forskellige byrdemål i form af forekomst, dødelighed, behandling i både primær- og sekundærsektoren, fravær fra arbejdsmarkedet samt de sundhedsøkonomiske konsekvenser heraf. Derudover er der foretaget beregninger af social ulighed for hvert af byrdemålene. Den første af de tre rapporter om sygdomsbyrden i Danmark beskriver byrden ved 21 sygdomme, mens den anden rapport beskriver byrden ved 12 risikofaktorer.

Formålet med denne tredje del af det danske sygdomsbyrdestudie er at levere byrdeestimer for skadestyper, der belaster folkesundheden i Danmark markant. Styrken ved at udføre et sådant nationalt studie er, at det således bliver muligt at opgøre byrden af udvalgte skadestyper på baggrund af flere forskellige byrdemål (forekomst, dødelighed, brug af sundhedsvæsenet og sundhedsøkonomiske konsekvenser) og på den måde skabe en bred viden omkring de forskellige skadestyper. Et meget stærkt element og en unik mulighed i et samlet dansk sygdomsbyrdestudie er, at der kan laves tværgående opgørelser af social ulighed for alle de forskellige mål for sygdomsbyrden.

Nærværende rapport er dermed tredje del af et bidrag til et opdateret beslutningsgrundlag for prioritering, planlægning, forskning og uddannelse på sundhedsområdet. Intentionen er, at dette danske sygdomsbyrdestudie vil kunne fungere som et centralt planlægningsredskab i sundhedsmyndighedernes arbejde i både stat, regioner og kommuner. Et sådant systematisk arbejde vil kunne danne grundlag for fremtidige sammenligninger, hvor udviklingen i sygdomsbyrden kan følges over tid.

2.2 De udvalgte skadestyper

Denne rapport opgør byrden ved en række forskellige byrdemål for tre skadestyper, som er udvalgt på baggrund af tre kriterier:

- 1) En folkesundhedsmæssig betydning
- 2) Et vist forebyggelsespotentiale
- 3) Mulighed for registerbaserede opgørelser af byrden, hvorved identifikation af individer i befolkningen med en given skadestype muliggøres, således at opgørelserne tager udgangspunkt i disse

I udvælgelsen af skadestyper for Danmark er der taget udgangspunkt i de i GBD 2013 præsenterede skadestyper opgjørt ved DALYs, som er et samlet mål for tabte leveår og år levet med en given skadestype (1). De inkluderede skadestyper er dernæst blevet bestemt, således at de passer ind i en dansk kontekst samtidig med, at der er mulighed for opgørelser på baggrund af registeroplysninger. Skadestyperne er nøje udvalgt ud fra ovenstående kriterier samt ved gennemgang af litteratur på området. Således er skadestyper med blandt andet forskellig dødelighed repræsenteret, herunder trafik- og faldulykker samt selvmord, selvmordsforsøg og selvskade.

Det endelige udvalg af skadestyper til denne rapport er vist i tabel 2.2.1.

Tabel 2.2.1 Oversigt over de udvalgte skadestyper

Skadestyper
Trafikulykker
Faldulykker
Selv mord, selvmordsforsøg og selvskade

2.3 De udvalgte byrdemål

Byrden ved de tre skadestyper er belyst ved adskillige sygdomsbyrdemål, der omfatter tre dødelighedsmål, mål for belastningen af sundhedsvæsenet, mål for arbejdsmarkedskonsekvenser samt samfundsøkonomiske mål i form af sundhedsøkonomi og produktionstab. Rapportens inkluderede byrdemål fremgår af tabel 2.3.1.

Tabel 2.3.1 Oversigt over de udvalgte byrdemål

Byrdemål
Dødelighed
Dødsfald
Tab i middellevetid
Tabte leveår
Sekundærsektoren
Indlæggelser på somatiske og psykiatriske afdelinger
Ambulante hospitalsbesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger
Skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger
Alment praktiserende læge
Kontakt til alment praktiserende læge
Sygefravær fra arbejdsmarkedet
Sygedage
Førtidspension
Nytilkente førtidspensioner
Sundhedsøkonomiske omkostninger
Primærsektoren
Sekundærsektoren
Receptpligtig medicin
Hjemmehjælp og praktisk hjælp
Produktionstab
Sygedage
Førtidspensioner
Tidlig død
Sparet fremtidigt forbrug på grund af tidlig død
Behandling og pleje
Øvrigt offentligt og privat forbrug

Byrden for de tre skadestyper er opgjort for den danske befolkning i alderen 16 år og opefter. For samtlige skadestyper er der inkluderet nye tilfælde for børn i alderen 0-15 år i opgørelserne af byrderne i sekundærsektoren. Endeligt er der beregnet social ulighed for byrdemålene. En nærmere beskrivelse af rapportens datakilder og metode findes i henholdsvis kapitel 3 og 4.

2.4 Referencer

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.

3 DATAKILDER

Byrdemålene i denne rapport bygger på opgørelser og beregninger lavet på baggrund af oplysninger i en række administrative registre, dels på sundhedsområdet (Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret), og dels på det sociale område (Indkomststatistikregistret, Sygedagpengeregisteret, Uddannelsesregistret og Førtidspensionsstatistikken).

3.1 Det Centrale Personregister

Via Det Centrale Personregister (CPR) tildeles alle personer med bopæl i Danmark et unikt personnummer, som kan bruges til at sammenstille oplysninger fra alle de øvrige databaser. Derudover indeholder Det Centrale Personregister oplysninger om ind- og udvandring og eventuel dødsdato (1).

3.2 Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret rummer alle dødsfald i Danmark siden 1970. Der er for hvert dødsfald angivet identifikation af personen, dødsdato, en tilgrundliggende dødsårsag og eventuelt medvirkende dødsårsager, som begge anvendes til opgørelser af dødelighed i denne rapport (2). I denne rapport anvendes data fra perioden 2010-2012.

3.3 Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder data om sygehuskontakter til danske offentlige og private hospitaler, både på somatiske (siden 1977) og psykiatriske afdelinger (siden 1995). I denne rapport er der opgjort skadestuekontakter, ambulante hospitalskontakter og indlæggelser. Registret er anvendt således, at alle kontakter i perioden 2010-2012 er medtaget, ligesom der er medtaget besøg fra både afsluttede og uafsluttede kontakter (3). Desuden benyttes afregningsdatasættene for perioden 2010-2012, som tager udgangspunkt i kontakter i Landspatientregisteret og knytter afregningstakster baseret blandt andet på diagnoser og behandlinger til de enkelte kontakter. Til indlæggelser tilknyttes DRG-takster (DRG står for diagnoserelaterede grupper), og til ambulante besøg og skadestuebesøg tilknyttes DAGS-takster (DAGS står for Dansk Ambulant Grupperingsystem). Både DRG- og DAGS-taksterne er en beregning af sygehusenes gennemsnitlige omkostninger fordelt på forskellige diagnosegrupper (4).

3.4 Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser refunderet af den offentlige sygesikring fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, psykologer med flere. Registret indeholder alle kontakter siden 1990, hvoraf denne rapport benytter kontakter registreret i perioden 2010-2012. Til kontakterne er knyttet oplysninger om blandt andet yderens speciale, modtagerens personnummer, tidspunkt for ydelse og yderens honorar (5).

3.5 Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om alle indløste recepter på danske apoteker. Registret dækker perioden fra 1995 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra perioden 2010-2012. For hver indløst recept er der tilknyttet oplysninger om blandt andet typen af medicin (efter ATC-kodesystemet) (6), dosis, modtagerens personnummer, dato for indløsning og pris (7).

3.6 Førtidspensionsstatistikken

Registret indeholder oplysninger om kommunernes afgørelser om førtidspension fra 1998 og frem og baseres på kommunernes indberetninger til Ankestyrelsen. Til den enkelte afgørelse er knyttet oplysninger om blandt andet ansøgerens personnummer, afgørelse om førtidspension (tilkendelse, afslag, frakendelse eller opretholdelse), dato for afgørelse samt årsagen til tildelingen (8). I denne rapport anvendes nytilkendte førtidspensioner i perioden 2010-2012.

3.7 Sygedagpengeregisteret

I det kommunale sygedagpengeregister registreres personer, til hvem der er foretaget en refusion af sygedagpenge, enten til den sygemeldte eller til arbejdsgiveren. For personer i beskæftigelse er den første periode af en sygemelding arbejdsgiverens ansvar, hvorefter der kan søges om refusion for sygedagpengene. Længden af perioden var før 2012 på 21 dage. Fra den 1. januar 2012 blev lovgivningen ændret, således at arbejdsgiverperioden blev forlænget til 30 dage. Opgørelserne af sygefravær i denne rapport baserer sig på perioden 2010-2012 og betyder, at der medtages sygdomsperioder, der minimum er 21/30 dage. Fra Sygedagpengeregisteret benyttes oplysninger om dato for sygemelding og dato for sidste dagpengedag (9, 10).

3.8 Ældredokumentation

I denne 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 over perioden 2011 og frem. Dette betyder, at den samlede analyseperiode forbundet med udgifterne til hjemmehjælp/praktisk hjælp kun baserer sig på et gennemsnit af to år (2011 og 2012). Fra registret benyttes variabelen for den gennemsnitlige leverede hjemmehjælp per uge i minutter, den gennemsnitlige leverede praktiske hjælp per uge i minutter samt hændelsesmåneneden for den leverede hjemmehjælp og praktiske hjælp (11).

3.9 Uddannelsesregistret

Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1. oktober hvert år. Registret dækker perioden 1977 og frem. I denne rapport benyttes variabelen for højest fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier: grundskole, kort uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse (12). Der anvendes data fra årene 2010-2012.

3.10 Indkomststatistikregistret

I Indkomststatistikregistret registreres alle oplysninger om beskæftigelse og indkomst i den danske befolkning. Registret dækker perioden 1977 og frem. Variable for beskæftigelsesstatus benyttes i denne rapport til at opgøre den erhvervsaktive del af befolkningen til brug for opgørelserne vedrørende sygefravær (13). Der anvendes data fra perioden 2010-2012.

3.11 Andre datakilder

Der anvendes yderligere data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken). Der benyttes køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser fra tabel RAS110, køns- og aldersspecifik løn fra tabel SLON50 samt gennemsnitligt husstandsforbrug og individuelt offentligt forbrug fra tabel FU5 og OFF24. Fra tabel PRIS7 benyttes prisindeks fordelt på varegruppe til beregning af de sundhedsøkonomiske opgørelser. Desuden udtrækkes overlevelsestavler fra tabel HISB9 til brug for de sundhedsøkonomiske opgørelser af tabt produktion og sparet fremtidigt forbrug.

Fra Fritvalgsdatabasen (14) 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 til 410 kr. per time, og prisen på leveret personlig pleje er beregnet til 525 kr. per time.

3.12 Referencer

1. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
2. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):26-9.
3. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.
4. Statens Serum Institut. Sundhedsøkonomi og DRG. 2015 [16-03-2015]. www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20finansiering/Sundhedsoekonomi%20og%20DRG.aspx.
5. Andersen JS, de Fine Olivarius F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
6. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Structure and principles. 2011 [10-03-2015]. www.whocc.no/atc/structure_and_principles/.
7. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
8. Ankestyrelsen. Databeskrivelse af statistikker i Ankestyrelsen. 2014 [10-03-2015]. ast.dk/tal-og-undersogelser/statistik/databeskrivelse-af-ankestyrelsens-statistikker.
9. Pedersen J, Villadsen E, Burr H, Martin M, Nielsen MBD, Meinertz L. Register over Sygedagpenge og Sociale ydelser i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), 2011.
10. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, § 30. Afsnit III, Kapitel 10 (2015).
11. Danmarks Statistik. Ældredokumentation [16-03-2015]. www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation.aspx.
12. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
13. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):103-5.
14. Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen. [18-03-2015]. www.fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport.

4 METODE

4.1 Opgørelsesmetode

Dette kapitel beskriver metoderne til opgørelse af de forskellige byrdemål.

Formålet med analyserne er at estimere den ekstra byrde, der kan tilskrives trafikulykker, faldulykker samt selvmord, selvmordsforsøg og selvskade (herefter samlet benævnt skadestyper).

Byrdemålene er opgjort ud fra følgende to metoder:

1. En direkte optælling af antal tilfælde i nationale administrative registre
2. Estimering af et merforbrug blandt en case-gruppe i forhold til en referencegruppe

I denne rapport er forekomst, dødelighed, sekundærsektoren blandt børn, sekundærsektoren blandt personer over 16 år, som har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål opgjort ud fra en direkte optælling af registrerede tilfælde. Alle øvrige byrdemål er estimeret ud fra et merforbrug blandt personer, der har været ude for en af de tre skadestyper, i forhold til personer, der ikke har været ude for en af skadestyperne. Alle opgørelser beregnes som et årligt gennemsnit over perioden 2010-2012.

Definition af trafikulykker

I denne rapport defineres trafikulykker ud fra trafikulykkesdødsfald samt indlæggelser og skadestuekontakter, hvor ulykkeskoden er en trafikulykke. Dødsfald på grund af trafikulykker identificeres i Dødsårsagsregisteret ud fra følgende diagnosekoder:

Tabel 4.1.1 Diagnoser til opgørelse af dødsfald på grund af trafikulykker

Trafikulykker	ICD-10
Fodgænger	V01-V09
Cykel	V10-V19
Motorcykel (inkl. trehjulet motorkøretøj)	V20-V39
Personbil	V40-V49
Anden landtrafik	V50-V89
Vandtrafik	V90-V94
Lufttrafik og andet	V95-V99

Indlæggelser og skadestuebesøg relateret til trafikulykker identificeres i Landspatientregisteret ud fra følgende ulykkeskode og stedkode:

Tabel 4.1.2 Definition af trafikulykker

Ulykkeskoder og stedkoder	
EUP	Trafikulykker
EUG0	Offentlig vej og parkeringsområde

Ovenstående definition betyder, at der kun medtages trafikulykker, som er sket på offentlige veje eller parkeringsområder.

Byrdemål
Dødelighed
Dødsfald
Tab i middellevetid
Tabte leveår
Sekundærsektoren
Indlæggelser på somatiske og psykiatriske afdelinger
Ambulante hospitalsbesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger
Skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger
Alment praktiserende læge
Kontakt til alment praktiserende læge
Sygefravær fra arbejdsmarkedet
Sygedage
Førtidspension
Nytilkente førtidspensioner
Sundhedsøkonomiske omkostninger
Primærsektoren
Sekundærsektoren
Receptpligtig medicin
Hjemmehjælp og praktisk hjælp
Produktionstab
Sygedage
Førtidspensioner
Tidlig død
Sparet fremtidigt forbrug på grund af tidlig død
Behandling og pleje
Øvrigt offentligt og privat forbrug

Definition af faldulykker

I denne rapport defineres faldulykker ud fra faldulykkesdødsfald samt indlæggelser og skadestuekontakter, hvor ulykkeskoden er en faldulykke. Dødsfald på grund af faldulykker identificeres i Dødsårsagsregisteret ud fra følgende diagnosekoder:

Tabel 4.1.3 Diagnoser til opgørelse af dødsfald på grund af faldulykker

Faldulykker	ICD-10
På samme niveau	W00-W02, W18
I forbindelse med en anden person	W03-W04
Involverende kørestol	W05
Involverende møbler	W06-W08
Involverende legepladsudstyr	W09
Fra et niveau til et andet	W10-W17
Uspecificeret fald	W19
Involverende uspecificeret faktor	X59

ICD-10 koden X59, som omfatter dødsfald involverende uspecificerede faktorer, er medtaget i rapportens opgørelser over faldulykkesdødsfald, selvom denne kode ikke formelt set omfatter dødfald på grund af fald. Dog er det vurderet, at disse dødsfald i de fleste tilfælde skyldes fald og derfor bør medtages for at opnå den mest retvisende opgørelse.

Indlæggelser og skadestuebesøg relateret til faldulykker identificeres i Landspatientregisteret ud fra følgende ulykkeskoder:

Tabel 4.1.4 Definition af faldulykker

Ulykkeskoder	
EUS0 eller EUS1	Faldulykker (før 2008)
EUHE	Faldulykker (fra 2008 og frem)

Definition af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade

I denne rapport defineres selvmord ud fra følgende diagnosekoder i Dødsårsagsregisteret:

Tabel 4.1.5 Diagnoser til opgørelse af selvmord

Selvmord	ICD-10
Selvforgiftning	X60-X69
Hængning	X70
Drukning	X71
Skydevåben eller eksplosivt materiale	X72-X75
Røg, ild, dampe eller varme genstande	X76-X77
Skarp eller stump genstand	X78-X79
Udspring fra højt sted	X80
Bevægende objekt eller motorkøretøj	X81-X82
Andre specificerede måder	X83
Uspecificeret selvskade	X84

Selvordsforsøg og selvskade identificeres i Landspatientregisteret, hvor kontaktvariablen har kode 4, som angiver selvmordsforsøg. Derudover defineres selvmordsforsøg yderligere ud fra en række kombinationer af registrerede diagnoser og skader, jævnfør tabel 4.1.6 (1).

Tabel 4.1.6 Definition af selvmordsforsøg og selvskade

Selvmordsforsøg og selvskade	
Ved en af følgende hoveddiagnoser	
Forgiftning med svage smertestillende midler	T39
Forgiftning med stærke smertestillende midler og psykosefremkaldende stoffer	T40 (ekskl. T40.1)
Forgiftning med epilepsimidler, sovemidler og antiparkinsonmidler	T42
Forgiftning med psykofarmaka ikke klassificeret andetsteds	T43
Kulilteforgiftning	T58
Ved kombinationen af en af følgende hoveddiagnoser og en af følgende bidiagnoser	
<i>Hoveddiagnoser:</i>	
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	F00-F99
<i>Bidiagnoser:</i>	
Åbent sår på albue og underarm	S51
Beskadigelse af blodkar i underarm	S55
Andre og ikke-specificerede beskadigelser af albue og underarm	S59
Åbent sår på håndled og hånd	S61
Beskadigelse af blodkar i håndled og hånd	S65
Andre og ikke-specificerede beskadigelser af håndled og hånd	S69
Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer	T36-50
Skadelige virkninger af ikke-medicinske substanser	T52-60

Case-grupper

For de byrdemål, som ikke opgøres ud fra en direkte optælling af antal tilfælde i nationale registre, estimeres et merforbrug blandt personer, der har været ude for en af de tre skadestyper, i forhold til personer, der ikke har været ude for en af de tre skadestyper. I de følgende afsnit beskrives udvælgelsen og sammensætningen af case-grupperne for de tre skadestyper nærmere.

Trafik- og faldulykker

For trafik- og faldulykker omfatter case-gruppen både personer, som i analyseperioden 2010-2012 har været ude for en ulykke (jævnfør henholdsvis definitionerne af trafik- og faldulykker), samt personer, der forud for denne periode har været ude for en ulykke, som har medført alvorlige skader. Disse personer, som har fået alvorlige skader efter en ulykke medtages, da der er en risiko for, at der på et senere tidspunkt kan forekomme helbreds-skader, som kan betragtes som følgeskader efter den oprindelige ulykke. I tabel 4.1.7 ses hvilke skader, der i kombination med enten en trafik- eller faldulykke, medtages forud for selve analyseperioden.

Tabel 4.1.7 Skader, diagnosekoder og opsamlingstid

Skade	ICD-10	Opsamlingstid
Rygmarvsskade	S14.0-1, S24.0-1, S34.0-1, S34.3, T06.1, T09.3	9 år
Traumatisk hjerneskade og bækkenfraktur	S06.1-9, S32.3-8	5 år

Dette betyder, at en person inkluderes i case-gruppen, hvis pågældende inden for en niårig periode forud for 2010-2012 har været ude for en ulykke, der har medført en rygmarvsskade. For traumatisk hjerneskade og bækkenfrakturer er opsamlingstiden fem år, mens der yderligere inkluderes alle øvrige ulykker med et års opsamlings-tid.

Den samlede case-gruppe til opgørelsen af byrden for henholdsvis trafik- og faldulykker består dermed af personer, der tidligere har været ude for en alvorlig ulykke, og af personer, der et år forud for analyseperioden eller i selve analyseperioden har været ude for en ulykke, uanset hvor alvorlig den har været.

Selv mord, selvmordsforsøg og selvskade

For selvmord, selvmordsforsøg og selvskade består case-gruppen af personer, der i analyseperioden 2010-2012 enten har begået selvmord, har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade (jævnfør definitionen af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade). Dertil inkluderer case-gruppen personer, der i løbet af 2009 har forsøgt at begå selvmord, da det antages, at der er et merforbrug af behandling og pleje i det efterfølgende år efter en sådan hændelse.

Referencegrupper

For alle skadesyper består referencegrupperne af personer, som for hver person i case-gruppen er matchet i forhold til køn, alder og øvrig somatiske sygelighed. Matchingen af sygelighed er beregnet med en let modificeret udgave af Charlson Comorbidity Index (CCI).

CCI er benyttet til at sikre, at case-gruppen og referencegruppen har samme sygelighed af alle andre årsager end den sygdom, der laves beregninger for (i dette tilfælde om en person har været ude for en trafik- eller faldulykke, har begået selvmord, forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade). CCI er oprindeligt udviklet til at forudsige et-årsdødeligheden for patienter og inkluderer derfor en række alvorlige somatiske sygdomme med forøget dødelighed til følge: Blodprop i hjertet, hjertesvigt, kredsløbssygdomme (perifer karsygdom og hjerne-karsygdom), demens, kronisk lungesygdom, bindevævssygdom, mavesår, diabetes, halvsidig lammelse, nyresygdom, tumorer med eller uden metastaser, leukemi, lymfekræft, kronisk leversygdom og AIDS (2). CCI tager dermed højde for eventuel komorbiditet mellem somatiske sygdomme, men tager ikke højde for eventuel komorbiditet grundet psykiatriske sygdomme. CCI er velafprøvet internationalt og også på specifikt danske forhold (3).

Til brug i rapporten er CCI beregnet særskilt for både case-gruppen og referencegruppen for hver skadestype, ligesom CCI er beregnet med ti års opsamlingstid for sygdomme til den første i hver måned for nye tilfælde og til d. 1. januar for de allerede forekommende tilfælde. Kriteriet for udvælgelse af referencegruppen er gjort med udgangspunkt i følgende fem grupperinger af CCI: CCI=0, CCI=1, CCI=2, CCI=3 og CCI≥4.

Merforbruget af de enkelte byrdemål er derefter beregnet som differencen i forbruget mellem case-gruppen og referencegruppen. For at mindske usikkerheden i resultaterne er der for hver person i case-gruppen udvalgt tre personer til referencegruppen. I beregningerne er der taget højde for gruppernes forskellige størrelser.

4.2 Periode og befolkning

I beregningerne er der taget udgangspunkt i alle personer på 16 år eller derover med et dansk personnummer, der var i live og havde bopæl i en dansk kommune i perioden fra 1. januar 2010 til 31. december 2012. Der indgår således både personer med fast bopæl i Danmark og personer, der har bopæl i Danmark i en kortere periode i løbet af årene fra 2010 til 2012. Opgørelser for børn i aldersgruppen 0-15 år er beregnet for dødsfald, indlæggelser og skadestuebesøg. I tabel 4.2.1 ses det gennemsnitlige antal personer i den danske befolkning i perioden 2010-2012.

Tabel 4.2.1 Den danske befolkning fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
0-15	546.002	519.869	20	19
16-24	317.390	303.691	12	11
25-34	329.263	326.834	12	12
35-44	398.163	391.724	14	14
45-54	392.552	385.157	14	14
55-64	354.934	358.142	13	13
65-74	262.329	280.607	10	10
75-84	120.449	160.083	4	6
85-	34.466	76.974	1	3
I alt	2.755.548	2.803.080	100	100

4.3 Byrdemål

Byrden for de tre skadestyper er belyst ved en række forskellige mål, der tilsammen giver et detaljeret billede af, hvorledes trafik- og faldulykker, selvmord, selvmordsforsøg og selvskade fordeler sig. Byrdemålene omfatter antal nye tilfælde, tre dødelighedsmål (dødsfald, middellevetidstab og tabte leveår), en række mål for belastningen af sundhedsvæsenet (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg og kontakter til alment praktiserende læger), mål for arbejdsmarkedsfravær (sygedage og førtidspensioner), en serie samfundsøkonomiske mål i form af sundhedsøkonomi (omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsenet, hjemmehjælp/praktisk hjælp og udgifter til receptpligtig medicin), produktionstab (omkostninger til tabt produktion relateret til sygefravær, førtidspension og tidlig død) samt sparet fremtidigt forbrug grundet tidlig død. Visse byrdemål er udeladt på grund af få tilfælde. I de følgende afsnit beskrives de konkrete opgørelsesmetoder til hvert af rapportens byrdemål.

Forekomst

Forekomsten er i denne rapport opgjort som antallet af incidenter tilfælde og dødsfald, og er baseret på data fra nationale administrative registre. Incidensen af de tre skadestyper er opgjort som antallet af berørte personer, og udregnet som et årligt gennemsnit i perioden 2010-2012.

Ved sammenligning med befolkningen i løbet af året og det antal dage, hver person har haft bopælsadresse i Danmark i løbet af det givne år, er raten af nye tilfælde per 100.000 personår beregnet. Således er antallet af for eksempel incidenter faldulykker i 2010 opgjort som antallet af personer, der i perioden 1. januar 2010 til 31. december 2010 er registreret med en faldulykke i Landspatientregisteret eller dødsårsagen faldulykke i Dødsårsagsregisteret. Som incidensdato for incidenter tilfælde af faldulykker er benyttet indlæggelsesdatoen fra Landspatientregisteret eller, hvis en forudgående indlæggelse ikke havde fundet sted, statusdatoen fra Dødsårsagsregisteret.

Dødelighed: dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår

Til beregning af dødsfald anvendes Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag anvendes. Medvirkende dødsårsager anvendes ikke. Det årlige antal dødsfald er beregnet som et gennemsnit af de tre år 2010, 2011 og 2012.

Tab i middellevetid for en given skadestype er beregnet via den aktuariske metode, således at det antages, at dødeligheden grundet den pågældende skadestype ikke påvirker dødeligheden af alle andre årsager. Beregningerne baserer sig på personer i alderen 16-99 år.

Antallet af tabte leveår på grund af en given skadestype er beregnet ud fra antallet af årlige dødsfald på grund af den pågældende skadestype, alderen på dødstidspunktet samt en overlevelsessandsynlighed, som er baseret på befolkningens øvrige sygelighed. Antallet af tabte leveår for en person er differencen i år mellem alder ved død og alder 75 år. Det samlede årlige antal tabte leveår i befolkningen er derfor summen af tabte leveår for personer døde af den pågældende skadestype i et givent år. Ved valget af 75 år som skæringspunkt bliver dødsfald, der sker i en ung alder, vægtet højere end dødsfald, der hovedsageligt sker i en høj alder. Beregningerne baserer sig på personer i alderen 16-75 år.

Indlæggelser

Indlæggelser blandt børn er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregistrets somatiske dele. Opgørelserne inkluderer tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012 (jævnfør definitionerne af de tre skadestyper), hvor der både er medtaget indlæggelser fra offentlige og private hospitaler.

For personer over 16 år, som har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er antallet af indlæggelser opgjort som en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele. Opgørelserne inkluderer tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012 (jævnfør definitionerne af de tre skadestyper), hvor der både er medtaget indlæggelser fra offentlige og private hospitaler.

For personer over 16 år, der har været ude for en trafik- eller faldulykke, er antallet af indlæggelser beregnet som et merforbrug blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). Indlæggelserne er opgjort med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012, hvor der både inkluderes indlæggelser fra offentlige og private hospitaler.

Ambulante hospitalsbesøg

For personer over 16 år, som har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er antallet af ambulante hospitalsbesøg opgjort som en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele. Opgørelserne inkluderer tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012 (jævnfør definitionerne af de tre skadestyper), hvor der både er medtaget skadestuebesøg fra offentlige og private hospitaler.

For personer over 16 år, der har været ude for en trafik- eller faldulykke, er antallet af ambulante hospitalsbesøg beregnet som et merforbrug blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). De ambulante hospitalsbesøg er opgjort med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012, hvor der både inkluderes besøg fra offentlige og private hospitaler.

Skadestuebesøg

Skadestuebesøg blandt børn er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregistrets somatiske dele. Opgørelserne inkluderer tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012 (jævnfør definitionerne af de tre skadestyper), hvor der både er medtaget skadestuebesøg fra offentlige og private hospitaler.

For personer over 16 år, som har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er antallet af skadestuebesøg opgjort som en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele. Opgørelserne inkluderer tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012 (jævnfør definitionerne af de tre skadestyper), hvor der både er medtaget skadestuebesøg fra offentlige og private hospitaler.

For personer over 16 år, der har været ude for en trafik- eller faldulykke, er antallet af skadestuebesøg beregnet som et merforbrug blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). Skadestuebesøgene er opgjort med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012, hvor der både inkluderes indlæggelser fra offentlige og private hospitaler.

Kontakter til alment praktiserende læge

Antallet af kontakter til alment praktiserende læge er baseret på Sygesikringsregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer i case-gruppen, i forhold til personer i referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). Opgørelserne baserer sig på alle kontakter, inklusiv telefon og e-mailkontakter, blandt personer i alderen 16 år og opefter.

Sygedage

Antallet af sygedage er baseret på Sygedagpengeregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt case-gruppen, i forhold til referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). Opgørelserne omfatter personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år), som er identificeret i Indkomststatistikregistret, der blandt andet indeholder oplysninger om beskæftigelsesstatus.

Den første periode af sygefraværet er arbejdsgiverens ansvar (det kortvarige sygefravær), hvorefter der kan søges om refusion for sygedagpenge. Før 2012 kunne der søges om refusion efter 21 dages sygdom og fra 2012 og frem efter en sygdomsperiode på 30 dage. Dette betyder, at sygefraværet i denne rapport udelukkende består af langvarigt sygefravær, som er defineret ud fra en sygdomsperiode på minimum 21 eller 30 dage.

Førtidspension

Opgørelserne af førtidspension beregnes på baggrund af Ankestyrelsens register for nytilkendte førtidspensioner i perioden 2010-2012. Antallet af førtidspensioner beregnes som et merforbrug blandt case-gruppen, i forhold til referencegruppen (jævnfør afsnit 4.1). Antallet af ekstra førtidspensioner beregnes for personer i alderen 18-64 år.

Samfundsøkonomi

En opgørelse af omkostningerne ved sygdom kaldes en cost-of-illness (COI)-analyse. En COI har til formål at opgøre alle omkostninger, der kan forbindes med, at en person bliver syg. I COI-analyser opgøres der normalt tre typer af omkostninger: 1) direkte omkostninger, 2) indirekte omkostninger, og 3) u håndgribelige omkostninger. De direkte omkostninger indeholder typisk omkostninger til behandling og pleje, transportudgifter eller andre udgifter, der direkte kan kobles til den pågældende sygdom. Der måles kun omkostninger, hvor der ligger en egentlig produktion bag, og transfereringer, såsom overførsler og moms, medregnes ikke. De indirekte omkostninger er omkostninger, der ofte ikke er direkte målbare, og som oftest opgøres som det tab i samfundsproduktionen, der finder sted på grund af sygdom og dertilhørende fravær fra arbejdsmarkedet. De u håndgribelige omkostninger dækker over de menneskelige konsekvenser, såsom smerter eller bekymring for den syge eller deres pårørende (4). Disse omkostninger er svære at måle og gøre op i monetære enheder og er derfor udeladt fra denne analyse. Ved COI-analyser vil det tillige ofte være relevant at beregne det fremtidige sparede forbrug ved tidlig død. Hvis en person dør i den erhvervsaktive alder, vil denne person ikke bidrage med produktion, men vil omvendt heller ikke have noget forbrug – hverken privat eller offentligt. Opgørelsen af produktionstab bør derfor modsvares af besparelsen i det private og offentligt forbrug som følge af tidlig død (5).

Sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske beregninger er i denne rapport samlet i fire hovedgrupper bestående af sekundærsektoren (somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg), primærsektoren (kontakter til alment praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæge og terapeuter), receptpligtig medicin samt hjemmehjælp/praktisk hjælp.

Blandt personer, der har været ude for en trafik- eller faldulykke er alle opgørelserne baseret på et merforbrug blandt case-gruppen, i forhold til referencegruppen. Blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har

udøvet selvskade, er omkostningerne til primærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp ligeledes opgjort ud fra et merforbrug blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen, mens omkostningerne til sekundærsektoren er opgjort ud fra en direkte opgørelse af omkostningerne i Landspatientregisterets afregningsdata. Alle opgørelserne er beregnet for personer over 16 år.

Til opgørelse af ekstra omkostningerne i primærsektoren anvendes Sygesikringsregisteret. Her anvendes bruttohonoraret, som er det honorar for hver ydelse, der dækkes af den offentlige sygesikring.

Omkostningerne til indlæggelser på somatiske afdelinger opgøres ud fra DRG-takster. Da et indlæggelsesforløb kan involvere forskellige afdelinger, er afregningssystemet konstrueret således, at det kun er den afdeling, der udfører behandlingen med den højeste afregningstakst i indlæggelsesforløbet, som afregnes. I beregningerne i denne rapport benyttes prisen for den samlede indlæggelse, og DRG-taksten for de enkelte behandlinger under hver indlæggelse benyttes som vægt for omkostninger til behandling på de forskellige afdelinger. Omkostningerne til indlæggelser på psykiatriske afdelinger opgøres ved brug af sengedagstaksten fra 2012 (3.374 kr. per dag) samt antallet af sengedage ved den enkelte indlæggelse. Ved opgørelserne af omkostninger til somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg benyttes DAGS-takster.

DRG- og DAGS-takster er gennemsnitstakster, der ikke omfatter eksempelvis faste omkostninger til bygninger med mere. Ved brug af taksterne i beregningerne er de reelle omkostninger derfor undervurderet.

Meromkostninger til receptpligtig medicin baseres på ekspeditionsprisen på lægemidler udleveret fra danske primærapoteker indhentet fra Lægemiddelstatistikregisteret, hvor der fratrækkes moms i beregningerne.

Til opgørelser af meromkostninger ved forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp benyttes Ældredokumentationen, hvor tidsforbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp er registreret. Tidsforbruget vægtes med en gennemsnitspris for leveret personlig pleje og leveret praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen.

Produktionstab

Ved beregning af produktionstab betragtes mennesket som en produktionsfaktor, og et fravær fra arbejdsmarkedet betragtes som et tab af potentiel produktion. I denne rapport benyttes humankapitaltilgangen, som er en metode, der betragter tabt produktion fra den dag, hvor fraværet fra arbejdsmarkedet opstår, og frem til pensionsalderen (65 år i denne rapport). Ved beregning af produktionstabet opgøres dermed den produktion, en person ville have bidraget med, hvis personen ikke havde været eksponeret for en af de tre skadestyper, som gør personen ikke-produktiv i en kortere eller længere periode før alder 65 år. I denne rapport opgøres både et kortsigtet produktionstab på grund af sygedage og et langsigtet produktionstab, der tager udgangspunkt i personer, der varigt trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Det langsigtede produktionstab er opgjort for personer, der enten førtidspensioneres eller dør før pensionsalderen. Hele den fremtidige produktion afskrives det år, personen varigt trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet.

Produktionstabsomkostningerne relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen, mens omkostningerne relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af antallet af dødsfald før pensionsalderen.

Til produktionstabsberegningerne betragtes den køns- og aldersspecifikke lønindkomst som værdien af den potentielle produktion, som en person ville have bidraget med, hvis personen var tilknyttet arbejdsmarkedet. Produktionstab relateret til sygefravær beregnes som produktet af ekstra antal estimerede sygedage blandt case-gruppen og værdien af tilsvarende bruttolønninger. Alle opgørelserne er beregnet for mænd og kvinder hver for sig i 10-årsaldersgrupper. Oplysninger om bruttolønningerne stammer fra Danmarks Statistik (statistikbanken) tabel SLON50.

Produktionstab relateret til førtidspensionering og tidlig død beregnes ud fra henholdsvis det ekstra antal estimerede førtidspensioner blandt case-gruppen og antallet af tidlige dødsfald, der kan relateres til en af de tre skadestyper. Værdien af produktionstabet fastsættes ud fra køns- og aldersspecifikke lønniveauer, hvor det potentielle tab af fremtidig produktion vægtes med sandsynligheden for at være i beskæftigelse i de forskellige køns- og

aldersgrupper (beskæftigelsesfrekvensen), ligesom den køns- og aldersspecifikke overlevelsessandsynlighed også benyttes i beregningen. Nutidsværdien af den fremtidige produktion tilbagediskonteres ved brug af en diskonteringsrate på 4 %, som er anbefalet af Finansministeriet. Formlen for beregning af produktionstab relateret til førtidspensionering og tidlig død ses nedenfor:

$$\text{Produktionstab}_a = \sum_{i=a}^{65} \frac{O_i B_i I_i}{(1+r)^{i-a}}$$

a = alder

O_i = overlevelsessandsynlighed

B_i = beskæftigelsesfrekvens

I_i = indkomst

r = diskonteringsrate

Sparet fremtidigt forbrug

Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv medfører tidlig død en besparelse i det fremtidige forbrug (6, 7). I denne rapport opdeles det sparede fremtidige forbrug i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren som for eksempel hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug som for eksempel offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle private forbrug.

Det samlede fremtidige sparede forbrug baserer sig på antallet af dødsfald for de tre skadestyper og omfatter personer i alderen 16-100 år.

Det sparede fremtidige forbrug til behandling og pleje tager udgangspunkt i omkostninger til sekundærsektoren, primærsektoren, omkostninger til receptpligtig medicin samt kommunal hjemmehjælp/praktisk hjælp. Beregningerne er lavet på baggrund af køns- og aldersspecifikke omkostninger.

De sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug baserer sig på en gennemsnitlig årlig enhedsomkostning. I alt bruger den gennemsnitlige dansker 168.000 kr. årligt på øvrigt offentligt forbrug. Beløbet betragtes som en årlig annuitet, som løber frem til personen er fyldt 100 år, det vil sige også efter den fastsatte pensionsalder, der benyttes i rapporten. Dermed vil det fremtidige sparede forbrug i højere grad overstige produktionstab jo tættere på alder 65 år, personen dør. Omvendt vil dødsfald i en meget ung alder i højere grad medføre, at produktionstab overstiger det sparede fremtidige forbrug.

Det individuelle offentlige forbrug til uddannelse er ikke taget med i beregningerne af sparet fremtidigt forbrug, da det ikke har været muligt at beregne de individuelle offentlige udgifter fordelt på aldersgrupper. Omkostninger til uddannelse er koncentreret blandt de yngre aldersgrupper, og et gennemsnit henover aldersgrupper er derfor ikke retvisende for beregningerne.

Det sparede fremtidige forbrug bør modsvares af den tabte produktion for at få et retvisende billede af de samlede samfundsmæssige omkostninger ved tidlig tilbagetrækning og død. I beregningerne vægtes det årlige forbrug med sandsynligheden for at være i live frem til alder 100 år for hver aldersgruppe. Derefter beregnes nutidsværdien af det fremtidige sparede forbrug ved brug af en diskonteringsrate på 4 %, som anbefales af Finansministeriet. Formlen for beregning af sparet fremtidigt forbrug ses nedenfor.

$$\text{Sparet forbrug}_a = \sum_{i=a}^{100} \frac{O_i * 168.000}{(1+r)^{i-a}}$$

a = alder

O_i = overlevelsessandsynlighed

r = diskonteringsrate

4.4 Social ulighed

Beregningerne af fordelingen af den ekstra byrde i befolkningen inddelt efter uddannelse benytter en opdeling af befolkningen i tre uddannelsesgrupper efter højeste fuldførte uddannelse:

- 1) **Grundskole**
- 2) **Kort uddannelse:** almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb samt kort videregående uddannelse
- 3) **Mellemlang/lang uddannelse:** mellemlang videregående uddannelse, bacheloruddannelse, lang videregående uddannelse og forskeruddannelse

I opgørelserne af social ulighed indgår personer i alderen 30-84 år for så vidt muligt kun at inkludere personer med henholdsvis et afsluttet uddannelsesforløb og tilgængelige uddannelsesoplysninger. Oplysningerne om uddannelse stammer fra Uddannelsesregistret og baserer sig på personer, der det pågældende år har en oplyst fuldført uddannelse.

Til opgørelse af den sociale ulighed laves optællinger af antal tilfælde, der kan tilskrives hver af de tre skadestyper inden for de tre uddannelsesgrupper. Herefter udregnes hyppigheden af det enkelte byrdemål for personer med mellemlang/lang uddannelse (for eksempel hyppigheden af lægekontakter blandt personer med mellemlang/lang uddannelse). Denne hyppighed ganges med befolkningsstørrelsen i grupperne af henholdsvis personer med en grundskoleuddannelse og en kort uddannelse. Den sociale ulighed beregnes herefter ved at se på differencen mellem det faktiske forbrug blandt de tre uddannelsesgrupper og det forbrug, der ville have været, hvis personer med henholdsvis en grundskoleuddannelse og kort uddannelse havde haft den samme hyppighed af et givent byrdemål som personer med en mellemlang/lang uddannelse.

4.5 Referencer

1. Morthorst BR, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. *Crisis*. 2016;1-9.
2. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
3. Thygesen S, Christiansen C, Christensen S, Lash T, Sørensen H. The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:83.
4. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3. udgave. New York: Oxford University Press; 2005.
5. Kruse M, Sørensen J, Gyrd-Hansen D. Future costs in cost-effectiveness analysis: An empirical assessment. *Eur J Health Econ*. 2012;13(1):63-70.
6. Meltzer D. Accounting for future costs in medical cost-effectiveness analysis. *J Health Econ*. 1997;16(1):33-64.
7. van Baal P, Meltzer D, Brouwer W. Future Costs, Fixed Healthcare Budgets, and the Decision Rules of Cost-Effectiveness Analysis. *Health Econ*. 2016;25(2):237-48.

5 TRAFIKULYKKER

I Danmark er der årligt:

- 27.000 personer, der er ude for en trafikulykke.
- 240 dødsfald på grund af trafikulykker.
- 4.300 tabte leveår blandt mænd og 1.200 tabte leveår blandt kvinder på grund af trafikulykker.
- Et tab i befolkningens middellevetid på én måned for både mænd og kvinder på grund af trafikulykker.
- 11.000 ekstra somatiske indlæggelser og 820 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- 44.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 3.100 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- 13.000 ekstra somatiske skadestuebesøg og 1.100 ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- 310 somatiske indlæggelser blandt børn, der har været ude for en trafikulykke.
- 5.800 somatiske skadestuebesøg blandt børn, der har været ude for en trafikulykke.
- 130.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- 330.000 ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- 120 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- Ekstra omkostninger på 580 mio. kr. til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- Ekstra omkostninger på 2,0 mia. kr. ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.
- Et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 680 mio. kr., i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.

5.1 Indledning

En ulykke defineres som en uventet, pludselig begivenhed karakteriseret ved en hurtigt virkende, udefra kommende kraft eller påvirkning, som kan vise sig i form af skade på kroppen (1). Trafikulykker omfatter i denne rapport ulykker, der sker i trafikken, og hvor de implicerede parter udgøres af enten fodgængere, cyklister eller førere af eller passagerer i motorkøretøjer. Desuden er medtaget andre ulykker forbundet med land-, vand- og lufttrafik.

For at en trafikulykke bliver inkluderet i denne rapport's opgørelser skal den involvere mindst ét køretøj og desuden ske på offentlig vej eller parkeringsområde, som er omfattet af færdselsloven.

Globalt set sker de fleste dødsfald på grund af trafikulykker i lav- og mellemindkomstlandene, og ifølge GBD 2015 er antallet af dødsfald i trafikken stigende som følge af en stigende trafikmængde (2). Derimod er antallet af dødsfald i trafikken faldende i højindkomstlandene (2), herunder også i Danmark (3). Opdelt på transportform er fodgængere de mest udsatte i trafikken globalt set, efterfulgt af bilpassagerer og motorcyklister (2). I Danmark sås der i perioden 1990-2009 markant flest dødsfald som følge af personbilulykker (3). Samlet set er antallet af dødsulykker i trafikken herhjemme dog faldet betydeligt i perioden (3).

Overordnet set har mænd en markant større risiko for at blive involveret i en trafikulykke end kvinder, selv når der tages højde for forskelle mellem mænd og kvinder i omfanget af transport (3). Også antallet af dødsfald i trafikken er højere blandt mænd end blandt kvinder. Denne kønsforskel skyldes blandt andet en mere risikobetonet trafikadfærd blandt mænd i forhold til eksempelvis høj fart og spirituskørsel (3). Andre risikofaktorer for trafikulykker og -dødsfald omfatter eksempelvis træthed (4) samt lav alder (3).

Trafikulykker er et forholdsvis stort folkesundhedsproblem i Danmark, da både umiddelbare skadesvirkninger samt længerevarende eftervirkninger efter en ulykke kan have vidtrækkende konsekvenser for det enkelte menneskes livskvalitet, arbejdskapacitet og sygefravær.

I Danmark er der ingen officielle opgørelser over det præcise antal trafikulykker. Ved de mindst alvorlige trafikulykker, hvor der hverken tilkaldes politi eller er behov for behandling af skader opstået på grund af ulykken, vil ulykken ikke kunne genfindes i registre. I tilfælde, hvor politiet kaldes ud til en trafikulykke, registreres uheldet af politiet. Langt størstedelen af trafikulykker bliver dog først registreret på skadestuen, når personen, der har været involveret i ulykken, opsøger behandling. I 2014 estimeres det, at ni ud af ti trafikulykker blev registreret på skadestuen (5).

5.2 Metode

I denne rapport defineres trafikulykker ud fra følgende ulykkeskode og stedkode i Landspatientregisteret:

Tabel 5.2.1 Definition af trafikulykker

Ulykkeskoder og stedkoder	
EUP	Trafikulykker
EUG0	Offentlig vej og parkeringsområde

Ovenstående definition betyder, at der kun medtages trafikulykker, som er sket på offentlige veje eller parkeringsområder.

Alle byrdemål, med undtagelse af forekomst, dødelighed, sekundærsektoren for børn samt dele af de samfundsøkonomiske beregninger er opgjort som et merforbrug blandt personer over 16 år, der har været ude for en trafikulykke (case-gruppe) i forhold til personer over 16 år, der ikke har været ude for en trafikulykke (referencegruppe). Nogle ulykker kan medføre alvorlige konsekvenser og deraf medføre et ressourcetræk i de offentlige udgifter til behandling, pleje og medicin i flere år efter, at selve ulykken er sket. Derfor medtages der i case-gruppen både personer, der forud for analyseperioden 2010-2012 har været ude for en alvorlig trafikulykke (tidligere tilfælde), samt personer, der i selve analyseperioden har været ude for en trafikulykke (nye tilfælde). Personer, der tidligere har været ude for en trafikulykke, udgør knap 2 % af den samlede case-gruppe.

Personer, der tidligere har været ude for en trafikulykke, medtages i case-gruppen, hvis trafikulykken kan sammenkædes med en hjerne- eller rygmarvsskade, brud på bækkenet samt alle øvrige skader året forud for analyseperioden. Skader, diagnosekoder og opsamlingsstid for hjerne- og rygmarvsskader samt brud på bækkenet fremgår af tabel 5.2.2.

Tabel 5.2.2 Skadesarter, opfølgningstid og ICD-10 koder

Skade	ICD-10	Opsamlingstid
Rygmarvsskade	S14.0-1, S24.0-1, S34.0-1, S34.3, T06.1, T09.3	9 år
Traumatisk hjerneskade og bækkenfraktur	S06.1-9, S32.3-8	5 år

En person inkluderes i case-gruppen, hvis pågældende inden for en niårig periode forud for 2010-2012 har været ude for en ulykke, der har medført en rygmarvsskade. For traumatiske hjerneskader og bækkenfrakturer er opsamlingstiden fem år, mens der yderligere inkluderes alle øvrige ulykker med et års opsamlingstid.

Den samlede case-gruppe til opgørelsen af byrden for trafikulykker består dermed af personer, der tidligere har været ude for en alvorlig trafikulykke, og af personer, der et år forud for analyseperioden eller i selve analyseperioden har været ude for en ulykke, uanset hvor alvorlig den har været.

Referencegruppen består af personer, som for hver person i case-gruppen er matchet i forhold til køn, alder og øvrig sygelighed. For at mindske usikkerheden i resultaterne er der for hver person i case-gruppen udvalgt tre personer til referencegruppen. Merforbruget af de enkelte byrdemål er beregnet som differencen mellem case-gruppens og referencegruppens forbrug, hvor der er taget højde for gruppernes forskellige størrelser.

Opgørelse af byrdemål

Forekomsten af personer, der har været ude for trafikulykker, består af antallet af nye tilfælde defineret ud fra ulykkes- og stedkoderne i tabel 5.2.1 og diagnosekoderne i tabel 5.2.2 samt dødsårsagerne i tabel 5.2.3. Alle øvrige byrdemål, med undtagelse af dødelighed, sekundærsektoren for børn samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål, opgøres på baggrund af et merforbrug i case-gruppen i forhold til referencegruppen.

Dødsfald på grund af trafikulykker opgøres ud fra en direkte optælling i Dødsårsagsregisteret med udgangspunkt i den 10. version af WHO's klassifikation (ICD-10). De specifikke ICD-10 koder, der definerer dødsfald på grund af trafikulykker, fremgår af tabel 5.2.3.

Tabel 5.2.3 Diagnoser til opgørelse af dødsfald på grund af trafikulykker

Trafikulykker	ICD-10
Fodgænger	V01-V09
Cykel	V10-V19
Motorcykel (inkl. trehjulet motorkøretøj)	V20-V39
Personbil	V40-V49
Anden landtrafik	V50-V89
Vandtrafik	V90-V94
Lufttrafik og andet	V95-V99

De sundhedsøkonomiske opgørelser er baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter omkostninger til behandling og pleje i primærsektoren, sekundærsektoren, fra apotekernes medicinpriser samt fra de gennemsnitlige omkostninger for leveret personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmehjælp).

Opgørelsen af det samlede produktionstab består af omkostninger til sygefravær, førtidspensionering og tidlig død. Omkostningerne relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af dødsfald før alder 65 år på grund af trafikulykker, mens produktionstab relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.

Opgørelsen af det sparede fremtidige forbrug opdeles i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle, private forbrug. Begge dele opgøres ud fra antallet af dødsfald på grund af trafikulykker blandt personer i alderen 16-100 år.

5.3 Forekomst af trafikulykker

I denne rapport er forekomsten af trafikulykker opgjort som incidente tilfælde og omfatter ulykkes- og stedkoderne i tabel 5.2.1, diagnosekoderne i tabel 5.2.2 og dødsfaldene i tabel 5.2.3. Incidensen er opgjort som antallet af personer, der har været ude for en trafikulykke ifølge Landspatientregisteret eller som er døde på grund af en trafikulykke.

Der er årligt 27.001 personer, der er ude for en trafikulykke, svarende til en incidensrate på 669 per 100.000 mænd og 548 per 100.000 kvinder (tabel 5.3.1). Blandt begge køn ses det højeste antal trafikulykker i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 5.3.1 Trafikulykker. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1.435	1.206	4.272	3.448	7.720
25-34	861	761	2.804	2.456	5.260
35-44	658	550	2.579	2.126	4.705
45-54	580	480	2.281	1.855	4.136
55-64	410	355	1.439	1.257	2.696
65-74	279	251	749	719	1.468
75-84	301	259	367	416	783
85-	348	145	121	112	233
I alt	669	548	14.612	12.389	27.001

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 5.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 356 færre incidente tilfælde blandt mænd, svarende til 5,0 % af alle incidente tilfælde blandt mænd, og 413 flere incidente tilfælde blandt kvinder, svarende til 6,6 % af alle incidente tilfælde blandt kvinder. Den sociale ulighed er ikke særlig markant.

Tabel 5.3.2 Trafikulykker. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.062	1.693	356	-214	17,3	-12,6
Kort uddannelse	3.662	2.710	-1	-199	0,0	-7,3
Mellemlang/lang uddannelse	1.447	1.838	-	-	-	-
I alt	7.171	6.241	355	-413	5,0	-6,6

5.4 Trafikulykker og dødsfald

Opgørelsen af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er opgjort ud fra Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er defineret i tabel 5.2.3. Dødsfaldene er opgjort for personer fra 0 år og opefter, mens tab i middellevetid er opgjort for personer i alderen 16-99 år og tabte leveår i alderen 16-75 år.

Trafikulykker er årligt årsag til 238 dødsfald (tabel 5.4.1). Knap tre ud af fire dødsfald på grund af trafikulykker sker blandt mænd. De fleste dødsfald ses i alderen 16-24 år og 45-64 år blandt mænd og i alderen 65-84 år blandt kvinder. Dødsfald forårsaget af trafikulykker udgør samlet set 0,7 % og 0,3 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder. Trafikulykker er årsag til 24,0 % og 15,4 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 5.4.1 Trafikulykker. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	8	5	13	12,7	9,6	11,3
16-24	31	8	39	24,0	15,4	21,5
25-34	16	6	22	8,5	6,9	8,0
35-44	18	5	23	3,5	1,8	2,9
45-54	30	8	38	2,0	0,9	1,6
55-64	24	5	29	0,7	0,2	0,5
65-74	16	10	26	0,3	0,2	0,3
75-84	16	14	30	0,2	0,2	0,2
85-	11	7	18	0,2	0,1	0,1
I alt	170	68	238	0,7	0,3	0,5

De højeste antal dødsfald på grund af trafikulykker ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 5.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald på grund af trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 40 færre dødsfald blandt mænd, svarende til 37,0 % af alle dødsfald blandt mænd. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses ingen nævneværdig social ulighed.

Tabel 5.4.2 Trafikulykker. Antal dødsfald og antal ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	47	21	28	2	59,6	9,5
Kort uddannelse	47	16	12	0	25,5	0,0
Mellemlang/lang uddannelse	14	9	–	–	–	–
I alt	108	46	40	2	37,0	4,3

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er én måned kortere for både mænd og kvinder på grund af trafikulykker (tabel 5.4.3). Trafikulykker er årligt årsag til i alt 5.488 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og langt størstedelen ses blandt mænd.

Tabel 5.4.3 Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden trafikulykker, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af trafikulykker fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden trafikulykker	Tab	
Mænd	77,7	77,8	0,1	4.268
Kvinder	81,7	81,8	0,1	1.219
I alt				5.488

Tabte leveår på grund af trafikulykker ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.4.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed på grund af trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 847 og 118 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 40,8 % og 18,1 % af alle tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.4.4 Trafikulykker. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-75 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	829	228	545	105	65,7	46,1
Kort uddannelse	976	256	302	13	31,0	5,2
Mellemlang/lang uddannelse	272	171	–	–	–	–
I alt	2.077	654	847	118	40,8	18,1

5.5 Trafikulykker og indlæggelser

Antallet af indlæggelser er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 11.408 ekstra somatiske indlæggelser, og det højeste antal ses blandt mænd (tabel 5.5.1). Der er flest ekstra somatiske indlæggelser i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 1,1 % af alle somatiske indlæggelser og 6,7 % af alle somatiske indlæggelser blandt de 16-24-årige mænd.

Tabel 5.5.1 Ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle somatiske indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1.532	1.283	2.815	6,7	3,0	4,3
25-34	1.019	709	1.728	3,8	0,8	1,5
35-44	1.282	667	1.949	2,9	1,0	1,7
45-54	1.279	654	1.933	2,0	1,0	1,5
55-64	926	503	1.429	0,9	0,6	0,8
65-74	577	378	955	0,5	0,4	0,4
75-84	232	239	471	0,3	0,3	0,3
85-	70	58	128	0,3	0,2	0,2
I alt	6.917	4.491	11.408	1,4	0,8	1,1

Det højeste antal ekstra somatiske indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for indlæggelser relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 820 færre indlæggelser blandt mænd, svarende til 17,7 % af alle ekstra somatiske indlæggelser blandt mænd. For kvinder ville der årligt have været 286 flere somatiske indlæggelser. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra somatiske indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.5.2 Antal ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra somatiske indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.055	1.029	749	-184	36,4	-17,9
Kort uddannelse	2.014	1.090	71	-102	3,5	-9,3
Mellemlang/lang uddannelse	561	651	–	–	–	–
I alt	4.630	2.770	820	-286	17,7	-10,3

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 818 ekstra psykiatriske indlæggelser, hvor det højeste antal ses blandt mænd (tabel 5.5.3). Der er flest ekstra psykiatriske indlæggelser i aldersgruppen 25-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 16-24 år blandt kvinder. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 1,7 % af alle psykiatriske indlæggelser og 2,7 % blandt de 16-24-årige.

Tabel 5.5.3 Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle psykiatriske indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	85	106	191	2,8	2,5	2,7
25-34	118	75	193	2,7	1,9	2,3
35-44	130	91	221	2,3	2,0	2,2
45-54	104	43	147	2,1	1,0	1,6
55-64	48	3	51	1,5	0,1	0,8
65-74	8	5	13	0,6	0,2	0,4
75-	4	-2	2	0,5	-0,1	0,1
I alt	497	321	818	2,1	1,3	1,7

Det højeste antal ekstra psykiatriske indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.5.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for indlæggelser relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 23 færre psykiatriske indlæggelser blandt kvinder, svarende til 12,7 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder. Blandt mænd ville der ikke have været nogen forskel.

Tabel 5.5.4 Antal ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra psykiatriske indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	164	62	-3	-8	-2,1	-13,4
Kort uddannelse	129	93	3	31	2,3	33,7
Mellemlang/lang uddannelse	29	26	-	-	-	-
I alt	322	181	-1	23	-0,2	12,7

5.6 Trafikulykker og ambulante hospitalsbesøg

Antallet af ambulante hospitalsbesøg er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 44.354 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg. Blandt både mænd og kvinder er der flest ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg i aldersgruppen 16-24 år (tabel 5.6.1). Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 0,6 % af alle somatiske indlæggelser og 3,3 % af alle somatiske indlæggelser blandt 16-24-årige mænd.

Tabel 5.6.1 Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	5.045	5.295	10.340	3,3	1,8	2,3
25-34	3.839	2.983	6.822	1,9	0,4	0,8
35-44	4.783	3.419	8.202	1,4	0,6	0,9
45-54	4.342	2.927	7.269	0,9	0,4	0,6
55-64	3.515	2.154	5.669	0,5	0,3	0,4
65-74	1.900	1.878	3.778	0,2	0,2	0,2
75-84	891	938	1.829	0,2	0,2	0,2
85-	162	283	445	0,2	0,3	0,2
I alt	24.477	19.877	44.354	0,8	0,4	0,6

Det højeste antal ekstra somatiske ambulante indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.720 færre somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd, svarende til 16,2 % af alle ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd. For kvinder ville der årligt have været 1.178 flere somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 5.6.2 Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	7.005	4.218	2.926	-755	41,8	-17,9
Kort uddannelse	7.337	5.134	-206	-423	-2,8	-8,2
Mellemlang/lang uddannelse	2.446	3.202	–	–	–	–
I alt	16.788	12.554	2.720	-1.178	16,2	-9,4

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 3.112 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, heraf flest blandt kvinder (tabel 5.6.3). Der er flest ekstra ambulante hospitalsbesøg i aldersgruppen 45-54 år blandt mænd og 16-24 år blandt kvinder. Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 0,8 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 1,4 % blandt kvinder i alderen 16-24 år.

Tabel 5.6.3 Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	284	983	1.267	0,9	1,4	1,2
25-34	280	516	796	0,8	0,9	0,9
35-44	203	269	472	0,6	0,6	0,6
45-54	363	73	436	1,4	0,2	0,8
55-64	102	-12	90	0,8	-0,1	0,3
65-74	46	-8	38	0,8	-0,1	0,3
75-84	9	11	20	0,2	0,1	0,1
85-	-3	-4	-7	-0,2	-0,1	-0,1
I alt	1.284	1.828	3.112	0,9	0,7	0,8

De højeste antal ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.6.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 96 færre psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd, svarende til 11,7 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd. Blandt kvinder ville der have været 167 flere psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 5.6.4 Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	327	167	37	-166	11,2	-99,1
Kort uddannelse	391	243	60	-1	15,3	-0,5
Mellemlang/lang uddannelse	103	113	-	-	-	-
I alt	821	523	96	-167	11,7	-31,9

5.7 Trafikulykker og skadestuebesøg

Antallet af skadestuebesøg er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske, dele og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 13.283 ekstra somatiske skadestuebesøg, hvoraf det højeste antal ses blandt mænd (tabel 5.7.1). Der er flest ekstra somatiske skadestuebesøg i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder, hvorefter antallet aftager med stigende alder. Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 2,0 % af alle somatiske skadestuebesøg og 4,3 % af alle somatiske skadestuebesøg blandt de 16-24-årige.

Tabel 5.7.1 Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle somatiske skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	3.094	2.360	5.454	4,2	4,3	4,3
25-34	1.465	1.039	2.504	2,5	2,5	2,5
35-44	1.248	649	1.897	2,1	1,5	1,8
45-54	1.012	567	1.579	1,9	1,3	1,6
55-64	625	360	985	1,4	0,9	1,1
65-74	283	207	490	0,8	0,6	0,7
75-84	146	149	295	0,6	0,5	0,5
85-	45	34	79	0,6	0,2	0,3
I alt	7.918	5.365	13.283	2,2	1,7	2,0

Det højeste antal ekstra somatiske skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for somatiske skadestuebesøg relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.278 færre somatiske skadestuebesøg blandt mænd, svarende til 86,3 % af alle somatiske skadestuebesøg. Blandt kvinder ville der have været 175 flere somatiske skadestuebesøg.

Tabel 5.7.2 Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra somatiske skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.498	831	2.306	-224	92,3	-27,0
Kort uddannelse	1.205	1.043	972	50	80,7	4,8
Mellemlang/lang uddannelse	97	566	–	–	–	–
I alt	3.800	2.440	3.278	-175	86,3	-7,2

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 1.132 ekstra psykiatriske skadestuebesøg, hvoraf det højeste antal ses blandt mænd (tabel 5.7.3). Der er flest ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt de 35-44-årige mænd og de 16-24-årige kvinder. Ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 2,4 % af alle psykiatriske skadestuebesøg og 3,4 % blandt de 25-44-årige mænd.

Tabel 5.7.3 Ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle psykiatriske skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	111	154	265	3,1	3,1	3,1
25-34	152	97	249	3,4	2,3	2,9
35-44	191	94	285	3,4	2,2	2,9
45-54	156	48	204	2,9	1,2	2,2
55-64	90	13	103	2,8	0,5	1,8
65-74	19	5	24	1,7	0,3	0,9
75-	2	0	2	0,5	0,0	0,2
I alt	721	411	1.132	3,0	1,8	2,4

De højeste antal ekstra psykiatriske skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.7.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for psykiatriske skadestuebesøg relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 103 og 66 færre psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20,2 % og 30,4 % af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd og kvinder. Der ses blandt mænd en social ulighed, dog uden en gradient, idet der ingen forskel er blandt personer med kort og mellemlang/lang uddannelse. Blandt kvinder ses en samlet social ulighed. Denne ulighed dækker imidlertid over en betydelig social ulighed blandt kortuddannede, mens der blandt personer med grundskole ses en omvendt social ulighed.

Tabel 5.7.4 Ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra psykiatriske skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	299	43	102	-14	34,1	-32,3
Kort uddannelse	164	143	1	80	0,6	55,9
Mellemlang/lang uddannelse	47	31	–	–	–	–
I alt	510	217	103	66	20,2	30,4

5.8 Trafikulykker blandt børn

For børn under 16 år er antallet af indlæggelser og skadestuebesøg opgjort ud fra en direkte optælling af trafikulykker i Landspatientregisterets somatiske dele (jævnfør i tabel 5.2.1). Opgørelserne inkluderer nye tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012, hvor der både er medtaget kontakter fra offentlige og private hospitaler.

Der er årligt 310 indlæggelser på grund af trafikulykker blandt børn, svarende til 0,3 % af alle indlæggelser. Trafikulykker er desuden årsag til 5.833 skadestuebesøg årligt, svarende til 2,8 % af alle skadestuebesøg.

Tabel 5.8.1 Indlæggelser og skadestuebesøg blandt børn (0-15 år), der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle kontakter fordelt efter køn, årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Antal kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Drenge	Piger	I alt	Drenge	Piger	I alt
Indlæggelser	197	113	310	0,3	0,2	0,3
Skadestuebesøg	3.358	2.475	5.833	2,9	2,6	2,8

5.9 Trafikulykker og lægekontakter

Antallet af kontakter til alment praktiserende læger er baseret på Sygesikringsregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opfeft.

Der er årligt 61.250 og 64.771 ekstra lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder, der har været ude for en trafikulykke (tabel 5.9.1). Antallet af ekstra lægekontakter er blandt mænd højest i aldersgruppen 16-44 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år, hvorefter antallet blandt begge køn falder med stigende alder. Indtil alder 34 år ses et højere antal ekstra lægekontakter blandt kvinder, der har været ude for en trafikulykke, end blandt mænd. Fra alder 35 år er antallet højest blandt mænd. Ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 0,4 % af alle lægekontakter og 1,3 % af alle lægekontakter blandt 16-24-årige mænd.

Tabel 5.9.1 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	12.647	21.216	33.863	1,3	0,8	1,0
25-34	11.571	14.089	25.660	0,5	0,4	0,5
35-44	12.975	11.127	24.102	1,1	0,4	0,6
45-54	10.774	9.436	20.210	0,4	0,3	0,3
55-64	6.943	4.552	11.495	0,4	0,3	0,3
65-74	4.014	2.651	6.665	0,1	0,1	0,1
75-84	1.902	1.443	3.345	0,1	0,3	0,1
85-	424	257	681	0,0	0,0	0,0
I alt	61.250	64.771	126.021	0,4	0,7	0,4

Det højeste antal ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 5.9.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for kontakt til alment praktiserende læge relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 17.060 færre lægekontakter blandt mænd, svarende til 41,8 % af alle ekstra lægekontakter blandt mænd. For kvinder ville der have været 7.294 flere lægekontakter. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra kontakter til alment praktiserende læge falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.9.2 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra kontakter til alment praktiserende læge i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra kontakter		Ekstra kontakter i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	20.493	10.649	12.997	-5.752	63,4	-54,0
Kort uddannelse	16.406	15.742	4.063	-1.542	24,8	-9,8
Mellemlang/lang uddannelse	3.944	9.148	–	–	–	–
I alt	40.843	35.539	17.060	-7.294	41,8	-20,5

5.10 Trafikulykker og sygedage

Antallet af sygedage er baseret på Sygedagpengeregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år). Den første periode af sygefraværet er arbejdsgiverens ansvar (det kortvarige sygefravær), hvorefter der kan søges om refusion i form af sygedagpenge. Før 2012 kunne der søges om refusion efter 21 dages sygdom og fra 2012 og frem efter en sygdomsperiode på 30 dage. Dette betyder, at sygefraværet i denne rapport udelukkende består af langvarigt sygefravær, som er defineret ud fra en sygdomsperiode på minimum 21 eller 30 dage.

Blandt mænd og kvinder, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 334.729 ekstra sygedage (tabel 5.10.1). Flest ekstra sygedage ses i aldersgruppen 25-54 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 1,7 % af alle sygedage og 5,2 % af alle sygedage blandt de 16-24-årige mænd.

Tabel 5.10.1 Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	25.374	19.606	44.980	5,2	3,5	4,3
25-34	46.758	36.999	83.756	3,4	1,7	2,4
35-44	49.935	45.238	95.173	2,4	1,3	1,7
45-54	45.669	31.203	76.871	1,8	0,9	1,3
55-64	19.047	14.901	33.948	1,0	0,8	0,9
I alt	186.782	147.946	334.729	2,3	1,3	1,7

De højeste antal ekstra sygedage ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 5.10.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for sygedage relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 14.389 færre sygedage blandt mænd, svarende til 11,0 % af alle sygedage blandt mænd. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra sygedage falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder er der næsten ingen forskel.

Tabel 5.10.2 Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra sygedage i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra sygedage		Ekstra sygedage i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	42.039	24.099	6.403	-2.090	15,2	-8,7
Kort uddannelse	74.805	54.729	7.986	-466	10,7	-0,9
Mellemlang/lang uddannelse	13.456	30.601	–	–	–	–
I alt	130.300	109.429	14.389	-2.556	11,0	-2,3

5.11 Trafikulykker og førtidspensioner

Antallet af nytilkendte førtidspensioner er baseret på Førtidspensionsstatistikken og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 18-64 år.

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 115 ekstra førtidspensioner (tabel 5.11.1). Der er flest ekstra førtidspensioner i aldersgruppen 45-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 35-44 år blandt kvinder. Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, udgør 0,7 % af alle førtidspensioner og 2,1 % af alle førtidspensioner blandt de 35-44-årige mænd.

Tabel 5.11.1 Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og andelen af alle førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
18-24	10	5	15	1,9	1,3	1,7
25-34	12	3	15	1,5	0,4	0,9
35-44	31	16	47	2,1	0,8	1,4
45-54	25	-2	23	1,0	-0,1	0,4
55-64	9	6	15	0,4	0,3	0,4
I alt	87	28	115	1,2	0,3	0,7

Det højeste antal ekstra førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.11.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensioner relateret til trafikulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 12 færre førtidspensioner blandt mænd, svarende til 18,8 % af alle førtidspensioner blandt mænd. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder er der næsten ingen forskel.

Tabel 5.11.2 Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, og ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	33	9	9	-1	27,4	-8,8
Kort uddannelse	28	12	3	2	11,4	18,9
Mellemlang/lang uddannelse	4	4	–	–	–	–
I alt	65	25	12	1	18,8	5,9

5.12 Trafikulykker og sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske opgørelser omfatter omkostninger til primærsektoren, sekundærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp. De samlede omkostninger til behandling og pleje er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Ekstra omkostninger til behandling i primærsektoren er beregnet på baggrund af ekstra kontakter til alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. For sekundærsektoren er ekstra omkostninger til behandling opgjort på baggrund af antallet af ekstra indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg samt skadestuebesøg, hvor både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet. Ekstra omkostninger til receptpligtig medicin er baseret på ekspeditionsprisen på lægemidler udleveret fra danske primærapoteker, hvor der fratrækkes moms i beregningerne, mens ekstra omkostninger til forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp beregnes ud fra en gennemsnitlig timepris på leveret hjemmehjælp/praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen. Opgørelserne er baseret på personer i alderen 16 år og opefter.

Af tabel 5.12.1 fremgår det, hvordan ekstra omkostninger til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. I alt er omkostningerne på 580,5 mio. kr. Ekstra omkostninger til sekundærsektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger (93 %), og af disse er omkostninger til indlæggelser størst (fremgår ikke af tabellen). Ekstra omkostninger til primærsektor, medicin og hjemmehjælp udgør henholdsvis 4 %, 2 % og 0 % af de samlede omkostninger. Generelt er omkostningerne til behandling og pleje blandt mænd større end blandt kvinder.

Tabel 5.12.1 Ekstra omkostninger til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Primærsektor	Sekundærsektor	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Mænd					
16-34	4,4	130,5	2,6	-0,1	137,4
35-64	5,6	168,2	3,0	3,9	180,7
65-74	0,7	31,0	0,4	1,6	33,8
75-	0,2	17,9	0,2	-1,3	17,1
I alt	11,0	347,7	6,1	4,2	368,9
Kvinder					
16-34	7,4	81,0	3,5	0,8	92,7
35-64	6,3	77,4	2,3	0,9	86,9
65-74	0,6	20,5	0,2	-1,8	19,5
75-	0,4	15,8	0,2	-3,8	12,5
I alt	14,6	194,7	6,1	-3,9	211,6
Total	25,5	542,4	12,2	0,3	580,5

5.13 Trafikulykker og produktionstab

Opgørelsen af produktionstabt omfatter tabt produktion relateret til tidlig død før alder 65 år samt fravær fra arbejdsmarkedet på grund af sygefravær og førtidspensionering. Produktionstabt relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af antallet af trafikulykkesdødsfald før alder 65 år, mens produktionstabt relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Opgørelserne af produktionstabt baserer sig på human-kapitalmetoden, hvor en person anses som en produktionsfaktor, hvorfor et fravær fra arbejdsmarkedet anses som et samfundsmæssigt tab af produktion. Værdien af produktionstabt er beregnet ud fra køns- og aldersspecifikke bruttolønniveauer og med en diskonteringsrate på 4 %. Alle opgørelserne er baseret på personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år).

Af tabel 5.13.1 fremgår det, hvordan ekstra omkostninger ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, fordeler sig i forhold til sygefravær, førtidspensioner og tidlig død. I alt er produktionstabt på 1.982,1 mio. kr., hvoraf produktionstabt er markant større blandt mænd. Produktionstabt relateret til tidlig død udgør størstedelen af de samlede omkostninger med 38 %, mens ekstra produktionstabsomkostninger relateret til henholdsvis sygefravær og førtidspensionering udgør 34 % og 27 %.

Tabel 5.13.1 Ekstra omkostninger^a ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Ekstra produktionstabsomkostninger (mio. 2012-kr.)			
	Sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Mænd				
16-44	238,0	287,2	458,6	983,8
45-64	159,4	134,3	159,0	452,8
I alt	397,4	421,6	617,7	1.436,6
Kvinder				
16-44	181,5	101,1	109,3	391,9
45-64	96,4	22,0	35,2	153,6
I alt	277,9	123,2	144,5	545,5
Total	675,2	544,8	762,1	1.982,1

a) Produktionstabsomkostningerne relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Produktionstabsomkostningerne til tidlig død er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Dødsårsagsregisteret.

5.14 Trafikulykker og sparet fremtidigt forbrug

Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv medfører tidlig død en besparelse i det fremtidige forbrug. I denne rapport opdeles det sparede fremtidige forbrug i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandens individuelle, private forbrug.

Det samlede sparede fremtidige forbrug baserer sig på antallet af tidlige trafikulykkesdødsfald og omfatter personer i alderen 16-100 år. Til at beregne nutidsværdien af det sparede fremtidige forbrug er der anvendt en diskonteringsrate på 4 %.

Af tabel 5.14.1 fremgår fordelingen af det sparede fremtidige forbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke. I alt er det sparede fremtidige forbrug på 682,4 mio. kr., hvoraf det øvrige offentlige og private forbrug udgør størstedelen (86 %) af det samlede sparede fremtidige forbrug.

Tabel 5.14.1 Sparet fremtidigt forbrug til behandling og pleje samt øvrigt offentligt og privat forbrug relateret til trafikulykkesdødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død (mio. 2012-kr.)		
	Behandling og pleje	Øvrigt offentligt og privat forbrug	I alt
Mænd			
16-34	14,9	178,0	192,9
35-64	33,5	201,2	234,7
65-74	7,5	26,5	34,0
75-	9,0	24,9	34,0
I alt	65,0	430,6	495,5
Kvinder			
16-34	5,8	50,2	56,0
35-64	11,0	63,5	74,5
65-74	6,1	22,1	28,2
75-	7,7	20,4	28,2
I alt	30,6	156,2	186,9
Total	95,6	586,8	682,4

5.15 Kommentarer til resultater

Dette afsnit indeholder en vurdering af, hvilken betydning den anvendte metode har på de fundne resultater. Dernæst sammenholdes vores resultater med eventuelle fund fra andre undersøgelser og studier, og afslutningsvis opsummeres kønsforskelle samt den sociale ulighed.

Metode

Trafikulykker defineres i denne rapport ud fra opgørelser fra Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret, og omfatter alene ulykker, der er sket på offentlig vej og parkeringsområde. Af denne grund vil trafikulykker opstået på private veje ikke optræde i denne rapport's opgørelser. Mindre alvorlige trafikulykker, som ikke har medført kontakt til sekundærsektoren, indgår ikke. Opgørelserne i denne rapport vil derfor kun afspejle byrden blandt personer, der har været ude for trafikulykker, i forbindelse med hvilke der var brug for behandling på hospital eller skadestue. Dog må det formodes, at trafikulykker, der ikke har været behandlingskrævende, ikke udgør en større samfundsmæssig byrde.

Brugen af case-kontrolmetoden til bestemmelse af merforbruget forudsætter en overensstemmelse i karakteristika mellem personer med den tilstand, som ønskes undersøgt, og de personer, der sammenlignes med. I denne rapport udgøres personer i case-gruppen således af personer, der har været ude for en trafikulykke, mens referencegruppen består af personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Hver person i case-gruppen er blevet matchet enkeltvis med tre andre personer med krav om overensstemmelse i køn, alder og øvrig somatisk sygdom; disse personer udgør dermed referencegruppen. Udvælgelsen af hvilke parametre, der matches på, vil således have betydning for estimeringen af merforbruget i case-gruppen.

For opgørelser over indlæggelser skal der gøres opmærksom på, at de præsenterede byrder sandsynligvis er underestimerede. Dette skyldes, at ulykkeskoden, der gives ved første kontakt efter trafikulykken, ikke bibeholdes, hvis den berørte person overflyttes fra eksempelvis skadestue til sengeplads, det vil sige indlæggelse. Desuden vil den initiale trafikulykke ligeledes bortfalde i de tilfælde, hvor der først efter flere dage og ved en ny kontakt gives en diagnose, også selvom kontakten sker som følge af trafikulykken.

Resultater i forhold risikorapporten fra 2006

Forskellige opgørelsesmetoder vanskeliggør sammenligninger med risikofaktorrapporten fra 2006 (6).

Det gennemsnitlige årlige antal dødsfald på grund af trafikulykker er dog opgjort ens i de to rapporter, hvor der er anvendt data fra Dødsårsagsregistret med brug af ICD-10 koderne V01-V99. Antallet af dødsfald som følge af trafikulykker er siden opgørelsen fra 2006 faldet fra 521 til 240. Tallene fra 2006 er baseret på et gennemsnit for årene 1997-2001, hvor de i denne rapport er baseret på et gennemsnitligt antal for årene 2010-2012. Antallet er faldet nogenlunde lige meget blandt mænd (55 %) og kvinder (51 %). Tilsvarende udgør trafikulykker også en mindre andel af alle dødsfald nu (0,4 %) end i den tidligere rapport (0,9 %). Især er der sket et fald i antallet af dødsulykker blandt de helt unge trafikanter. Således var der i den tidligere risikofaktorrapport blandt de 15-24-årige mænd og kvinder henholdsvis 89 og 22 dødsfald på grund af trafikulykker, mens antallet i denne rapport er 31 blandt mænd og 8 blandt kvinder i alderen 16-24 år.

Faldet i det årlige antal dødsfald på grund af trafikulykker siden den tidligere risikofaktorrapport afspejles desuden i et markant fald i antallet af tabte leveår på grund af trafikulykker. I rapporten fra 2006 gav trafikulykkesdødsfaldene anledning til 14.000 tabte leveår blandt mænd og 4.800 tabte leveår blandt kvinder. Af vores opgørelse fremgår det, at disse tal nu ligger på henholdsvis 4.300 og 1.200 tabte leveår blandt mænd og kvinder.

Forekomst og dødelighed

I Danmark kommer årligt 27.000 personer ud for en trafikulykke, heraf lidt flere mænd (15.000) end kvinder (12.000). For begge køn falder antallet med stigende alder. Tilsvarende antal samt køns- og aldersmønstre ses for personer, der tidligere har været ude for en trafikulykke. Trafikulykker er årligt årsag til 240 dødsfald herhjemme, og der sker markant flere dødsfald blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd sker de fleste dødsfald som følge af en trafikulykke i aldersgruppen 16-24 år og 45-54 år. For kvinder er der flest trafikulykkesdødsfald blandt de 65-84 årige.

I en rapport fra 2015, som COWI har lavet for Vejdirektoratet, vises det, at gennemsnitligt 17.695 personer kom til skade eller blev dræbt i trafikken årligt i perioden 2009-2012 (7). Opgørelsen er baseret på politiets registreringer, som indberettes til Vejdirektoratets ulykkesstatistik. Lægges antal incidente tilfælde og antal dødsfald på grund af trafikulykker fra opgørelserne i denne rapport sammen, får vi således et noget højere antal på omkring 27.250 tilfælde. Denne forskel i antal kan sandsynligvis forklares med, at politiet ikke kaldes ud til trafikuheld af mindre alvorlig karakter. Sådanne trafikulykker vil derfor ikke indgå i politiets opgørelse. Den pågældende ulykke kan imidlertid stadig have medført, at den tilskadekomne har modtaget behandling i sekundærsektoren. Desuden kan forskelle i registreringsmetoden have betydning for resultaterne i de to opgørelser.

Samme rapport fra Vejdirektoratet finder, at to ud af tre (66 %) af de personer, som er involveret i en trafikulykke, er mænd (7). Dette stemmer således ikke overens med fundene i denne rapport, idet vi viser, at antallet af personer, der årligt kommer ud for en trafikulykke, kun er lidt højere blandt mænd (15.000) end blandt kvinder (12.000). Forskellige opgørelsesmetoder kan sandsynligvis forklare de forskellige fund.

Ifølge officielle registre i Norge skete der i 2015 flest trafikulykker med personskaade blandt både mænd og kvinder i alderen 16-24 år (8). Dette stemmer således overens med vores fund, idet vi finder det højeste antal personer med incidente trafikulykkestilfælde blandt de 16-24-årige. Da de norske opgørelser alene baserer sig på politiets registreringer og vores på opgørelser fra sekundærsektoren, skal en direkte sammenligning dog foretages med en vis forsigtighed. Sammenlignes derimod antallet af trafikulykkesdødsfald i Norge og Danmark, ses det, at der blandt både norske mænd og kvinder ses flest dødsfald i aldersgruppen 16-24 år. Dette stemmer kun delvist overens med vores resultater.

I GBD-studiet fra 2013 anslås det, at henholdsvis 0,9 % og 0,4 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder i Danmark kan tilskrives trafikulykker (9). De tilsvarende andele i vores opgørelse er henholdsvis 0,7 % og 0,3 %. Der er således god overensstemmelse mellem disse fund.

Sekundærsektor/lægekontakter

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 11.400 ekstra somatiske indlæggelser, 44.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 13.000 ekstra somatiske skadestuebesøg, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Det svarer til henholdsvis 1,1 %, 0,6 % og 2,0 % af alle de respektive somatiske kontakter til sekundærsektoren. Endvidere er der årligt 820 ekstra psykiatriske indlæggelser, 3.100 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og ekstra 1.100 psykiatriske skadestuebesøg, svarende til henholdsvis 1,7 %, 0,8 % og 2,4 % af alle de respektive psykiatriske kontakter til sekundærsektoren.

Vejdirektoratet angiver i en rapport fra 2013 med brug af tal fra Danmarks Statistik, at der i 2011 var 41.272 personskader i trafikken, som blev registreret på en skadestue (10). Dette antal er således noget højere end de 13.000 ekstra somatiske skadestuebesøg, vi finder. Det skal imidlertid bemærkes, at vores opgørelser over kontakter til sekundærsektoren er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Danmarks Statistiks opgørelse er derimod baseret på en direkte optælling af skadestuekontakter på grund af trafikulykker. Desuden kan afvigelsen i antallet skyldes, at der i den nævnte rapport fra Vejdirektoratet ses på antallet af personskader. Således kan en person registreres med mere end én skade hos Danmarks Statistik, mens vores opgørelser tager udgangspunkt i antallet af ekstra somatiske skadestuekontakter blandt personer, der har været ude for en trafikulykke. I vores opgørelse kan der imidlertid også være flere skader per person.

Baseret på tal fra det nu afviklede Ulykkesregister ved Statens Institut for Folkesundhed vises det i en rapport fra 2012 fra samme institut, at det gennemsnitlige årlige antal skadestuekontakter på grund af trafikulykker per 1.000 indbyggere i perioden 2007-2009 blandt begge køn var højest i aldersgruppen 15-29 år (3). Særligt blandt de 15-19-årige er raten højere blandt mænd end blandt kvinder, men samme tendens ses også i de øvrige aldersgrupper, på nær blandt de 70-79-årige, hvor der ingen kønsforskel er. Sammenlignes dette mønster med denne rapport's opgørelse over antallet af ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, finder vi i tråd med den nævnte rapport ligeledes det højeste antal skadestuebesøg blandt yngre personer i alderen 16-34 år. Vores opgørelser viser desuden samme kønstendens med de højeste antal ekstra skadestuebesøg blandt mænd op til alder 64 år. Herefter finder vi ingen tydelig kønsforskel. Det skal imidlertid bemærkes, at fundene ikke kan sammenlignes direkte, da vores opgørelse er baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke.

Arbejdsmarkedsfravær

Blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er der årligt 340.000 ekstra sygedage og 120 ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke.

I en analyserapport fra Forsikring & Pension fra 2014 undersøges, om personer, der i 2002 var ude for en trafikulykke, i gennemsnit har flere dage med sygedagpenge end personer, der ikke var ude for en trafikulykke (11). Rapporten finder, at i 2001 – året før den registrerede trafikulykke – var sygefraværet 1,6 uger blandt personer, der i 2002 var involveret i en trafikulykke, og 1,3 uger blandt personer, der ikke var involveret i en trafikulykke i 2002. Ses der derimod på antallet af uger med sygedagpenge i 2002, fremgår det, at de personer, der i det pågældende år var ude for en trafikulykke, samme år modtog sygedagpenge i fire uger. Til sammenligning modtog personer, der ikke var ude for en trafikulykke i 2002, kun sygedagpenge i 1,4 uger. Således ses en markant stigning i antallet af uger på sygedagpenge blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Da vi i vores opgørelser ser på det samlede, årlige antal ekstra sygedage blandt alle personer, der har været involveret i en trafikulykke inden for de seneste 9 år, er det dog ikke muligt at foretage en direkte sammenligning af resultaterne.

En norsk registerbaseret undersøgelse fra 2001 blandt 7.241 personer i alderen 16-66 år finder, at 3.300 personer i perioden 1992-1997 fik tilkendt førtidspension på grund af trafikulykker (12). Det svarer således til et årligt gennemsnit på 660 nytilkendte førtidspensioner. Forskellige metoder og forskelligt system for tilkendelse af førtidspensioner gør dog sammenligninger med vores resultater vanskelige.

Samfundsøkonomi

Der er årligt ekstra omkostninger på 580 mio. kr. til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en trafikulykke. Heraf udgør ekstra omkostninger til sekundærsektoren langt størstedelen (93 %). Ekstra omkostninger ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en trafikulykke, er på 2,0 mia. kr. årligt, hvoraf omkostninger på grund af tidlig død udgør størstedelen af omkostningerne med 38 %.

Med en opfølgingsperiode på op til 10 år undersøges i en analyserapport af Nielsen og Andersen fra 2014 (11) de sociale og økonomiske konsekvenser af trafikulykker blandt personer, der i 2002 var ude for en trafikulykke. Datagrundlaget omhandlende trafikulykker stammer fra politiets indberetninger om trafikulykker til Danmarks Statistik. Rapporten finder, at blandt personer, der har været ude for en trafikulykke med personskaade, er der årligt ekstra samfundsøkonomiske konsekvenser som følge af tabt produktion og øgede overførselsindkomster på i alt 11,8 mia. kr. i forhold til personer, der ikke har været ude for en trafikulykke. Ved at se på faldet i antallet af trafikulykker med personskaader i perioden 2002-2013, vurderes det, at de samfundsmæssige ekstraomkostninger relateret til trafikulykker i 2013 var på 4,8 mia. kr. Selvom der i den nævnte rapport anvendes en case-kontroltilgang, der overordnet set minder om metoden i nærværende rapport, medtages der ikke nøjagtigt de samme udgiftsposter i de to opgørelser over samfundsøkonomiske omkostninger relateret til trafikulykker. Resultaterne kan derfor ikke sammenlignes direkte.

Vejdirektoratet finder i en rapport fra 2013 udført af COWI, at den gennemsnitlige omkostning i sekundærsektoren til behandling af skader sket i forbindelse med trafikulykker er 14.000 kr. per personskaade (2012-prisniveau) (10). Det er dog ikke muligt at foretage en direkte sammenligning af dette beløb med omfanget af ekstra omkostninger i sekundærsektoren i denne rapport. Dette skyldes flere faktorer, herunder at vi præsenterer de samlede ekstraomkostninger og ikke per person, at vores incidensopgørelser præsenteres i antal personer og ikke personskaader, samt at omkostninger i denne rapport præsenteres som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en trafikulykke.

Hvis de samlede ekstra omkostninger i sekundærsektoren, som vi i denne rapport finder blandt personer, der har været ude for en trafikulykke (540 mio. kr., 2012-prisniveau), fordeles ud på det samlede antal personer med incidentte trafikulykker (27.000 personer), fås ekstra omkostninger i sekundærsektoren på 20.000 kr. per person. Opgørelsen fra Vejdirektoratet omfatter alene behandling for skader på grund af trafikulykker sket inden for et enkelt år (2009), mens vores case-gruppe omfatter personer, der inden for de foregående ni år har været ude for en trafikulykke og modtaget behandling i sekundærsektoren. Dette peger således i retning af, at de højere omkostninger i denne rapport per person/personskaade kan forklares med inklusionen af mere alvorlige trafikulykker, der er sket flere år tilbage, og som medfører store omkostninger i sekundærsektoren flere år efter ulykken.

Kønsforskelle

For flere byrdemål ses der tydelige kønsforskelle relateret til trafikulykker. Eksempelvis sker der næsten tre gange så mange dødsfald på grund af trafikulykker blandt mænd end blandt kvinder, ligesom antallet af tabte leveår grundet trafikulykker er mere end tre gange så højt blandt mænd. Også antallet af ekstra somatiske indlæggelser, psykiatriske indlæggelser, somatiske ambulante hospitalsbesøg, somatiske skadestuebesøg, psykiatriske skadestuebesøg, sygedage, førtidspensioner samt alle tre sundhedsøkonomiske byrdemål er højere blandt mænd end blandt kvinder. Der er derimod flere ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder. For de øvrige byrdemål ses ikke større kønsforskelle.

De fundne kønsforskelle kan med stor sandsynlig forklares med forskellig trafikadfærd og valg af transportmiddel blandt mænd og kvinder. Eksempelvis vises det i en rapport, som COWI har lavet for Vejdirektoratet, at der er betydelige forskelle i mænds og kvinders involvering i trafikulykker, også når der tages højde for, hvor meget mænd og kvinder opholder sig i trafikken og hvilke køretøjer, der benyttes (7). Undersøgelsen finder, at det særligt er inden for bestemte områder relateret til trafikulykker, at der er større kønsforskelle. Disse områder omfatter eksempelvis eneulykker, hvor overrepræsentationen af mænd (11,3 % af alle trafikulykker), og særligt unge mænd, er betydelig.

Social ulighed

Social ulighed slår igennem på langt de fleste byrdemål for trafikulykker blandt mænd. For kvinder ses der kun en social gradient for dødsfald og tabte leveår på grund af trafikulykker.

En del af den sociale ulighed i byrdemål relateret til trafikulykker kan muligvis forklares med, at der navnlig i gruppen af personer med grundskoleuddannelse er mange unge mennesker, der endnu ikke har afsluttet anden uddannelse end folkeskolen.

Et studie, hvor oplevelsen af risici og egne evner forbundet med trafikkørsel blev sammenlignet mellem unge mænd i alderen 18-25 år og mænd i alderen 35-50 år, finder en højere grad af dissonans mellem selvoplevede og egentlige kørefærdigheder blandt unge mænd i forhold til de ældre mænd (13). Desuden betragtede de unge mænd i større udstrækning sig selv som immune over for at blive involveret i trafikulykker. Disse resultater peger således i retning af, at unge mænd udviser en mere risikobetonet adfærd i trafikken end de ældre mænd. Det er ligeledes blevet vist, at jo bedre selvvurderede kørefærdigheder, unge har, jo mindre opleves risikoen for trafikulykker (14).

Efter at have korrigeret for, hvor meget man opholder sig i trafikken, er det i COWI's rapport for Vejdirektoratet blevet vist, at mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer er overrepræsenteret i ulykkestatistikkerne og eksempelvis tegner sig for 45 % af alle eneulykker og 29 % af alle trafikulykker (7).

5.16 Referencer

1. NOMESCO. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. Nordic Medico-Statistical Committee, 2007.
2. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117-71.
3. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
4. Sagaspe P, Taillard J, Bayon V, Lagarde E, Moore N, Boussuge J, et al. Sleepiness, near-misses and driving accidents among a representative population of French drivers. *J Sleep Res*. 2010;19(4):578-84.
5. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik: Ni ud af ti ulykker registreres kun på skadestuen. Færdselsuheld 2014, levevilkår2015.
6. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
7. Vejdirektoratet. En sammenligning mellem kvinders og mænds trafikadfærd og involvering i trafikulykker. Kongens Lyngby: COWI, 2015.
8. Statistics Norway. Road traffic accidents involving personal injury. September 2016, preliminary figures. Statistics Norway; 2016 [28-10]. www.ssb.no/en/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/maaned/2016-10-17?fane=tabell#content.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2015 [06-10-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
10. Vejdirektoratet. Offentlige udgifter ved trafikulykker. Kongens Lyngby: COWI, 2013.
11. Nielsen AØ, Andersen TW. Sociale og økonomiske konsekvenser af trafikulykker. Hellerup: Forsikring & Pension, 2014.
12. Lund J, Bjerkedal T. Permanent impairments, disabilities and disability pensions related to accidents in Norway. *Accid Anal Prev*. 2001;33(1):19-30.
13. Matthews ML, Moran AR. Age-Differences in Male Drivers Perception of Accident Risk - the Role of Perceived Driving Ability. *Accid Anal Prev*. 1986;18(4):299-313.
14. Harre N, Foster S, O'Neill M. Self-enhancement, crash-risk optimism and the impact of safety advertisements on young drivers. *Br J Psychol*. 2005;96:215-30.

6 FALDULYKKER

I Danmark er der årligt:

- 110.000 personer, der er ude for en faldulykke.
- 750 dødsfald på grund af faldulykker.
- 1.300 tabte leveår blandt mænd og 500 tabte leveår blandt kvinder på grund af faldulykker.
- Et tab i befolkningens middellevetid på én måned for både mænd og kvinder på grund af faldulykker.
- 82.000 ekstra somatiske indlæggelser og 4.700 ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- 270.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 17.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- 60.000 ekstra somatiske skadestuebesøg og 5.200 ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- 2.600 somatiske indlæggelser blandt børn, der har været ude for en faldulykke.
- 64.000 somatiske skadestuebesøg blandt børn, der har været ude for en faldulykke.
- 710.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- 870.000 ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- 460 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- Ekstra omkostninger på 4,8 mia. kr. til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- Ekstra omkostninger på 3,9 mia. kr. ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.
- Et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der har været ude for en faldulykke, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 1,1 mia. kr.

6.1 Indledning

De fleste faldulykker sker blandt ældre, og dødeligheden er i alle dele af verden højest blandt mennesker over 70 år – det gælder især for kvinder (1). Årsager til faldulykker blandt ældre mennesker omfatter; balanceforstyrrelser, eventuelt grundet forringet syn; psykosociale faktorer, blandt andet frygten for fald; brug af medicin og alkohol samt faktorer i omgivelserne (2).

Globalt set er faldulykker hyppigst i højindkomstlande, og hvert år dør over en halv million mennesker på grund af en faldulykke. I Danmark og resten af Norden er fald den hyppigste utilsigtede dødsulykke (1). I det nyeste globale sygdomsbyrdestudie med tal fra 2013 ligger fald på en fjerdeplads over årsager til YLD's (years lived with disability) i Danmark (3), hvilket bunder i en forringelse af livskvaliteten, eksempelvis blandt de ældre, der hyppigt får hoftebrud ved et fald. Det er derfor relevant med øget faldforebyggelse, da gennemsnitsalderen vil stige, og ældrebefolkningen dermed bliver større (4).

De medtagne faldulykker i dette kapitel kan inddeles i fald eller snublen på fladt underlag, fald på grund af sammenstød eller anden utilsigtet hændelse med en anden person, fald fra møbler eller andet udstyr samt fald fra forskellige højder. Arbejdsbetingede faldulykker samt fald i forbindelse med overfald eller selvdestruktiv adfærd indgår ikke.

6.2 Metode

I denne rapport defineres faldulykker ud fra følgende ulykkeskoder i Landspatientregisteret:

Tabel 6.2.1 Definition af faldulykker

Ulykkeskoder	
EUS0 eller EUS1	Faldulykker (før 2008)
EUHE	Faldulykker (fra 2008 og frem)

Ulykkeskoderne med værdierne EUS0 eller EUS1 betegner henholdsvis skadesmekanismerne "slag, stød på grund af fald på samme niveau" og "slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau", mens ulykkeskoden EUHE er en samlet betegnelse for faldulykker.

Alle byrdemål, med undtagelse af forekomst, dødelighed og sekundærsektoren for børn, er opgjort som et merforbrug blandt personer over 16 år, der har været ude for en faldulykke (case-gruppe) i forhold til personer over 16 år, der ikke har været ude for en faldulykke (referencegruppe). Nogle ulykker kan medføre alvorlige konsekvenser og deraf medføre et ressourcetræk i de offentlige udgifter til behandling, pleje og medicin i flere år efter, at selve ulykken er sket. Derfor medtages der i case-gruppen både personer, der forud for analyseperioden 2010-2012 har været ude for en alvorlig faldulykke (tidligere tilfælde), samt personer, der i selve analyseperioden har været ude for en faldulykke (nye tilfælde). Personer, der tidligere har været ude for en faldulykke, udgør knap 7 % af den samlede case-gruppe.

Personer, der tidligere har været ude for en faldulykke medtages i case-gruppen, hvis faldulykken kan sammenkædes med en hjerne- eller rygmarvsskade, brud på bækkenet samt alle øvrige skader året forud for analyseperioden. Skader, diagnosekoder og opsamlingsstid for hjerne- og rygmarvsskader samt brud på bækkenet fremgår af tabel 6.2.2.

Tabel 6.2.2 Skadesarter, opfølgningstid og ICD-10 koder

Skade	ICD-10	Opsamlingsstid
Rygmarvsskade	S14.0-1, S24.0-1, S34.0-1, S34.3, T06.1, T09.3	9 år
Traumatisk hjerneskade og bækkenfraktur	S06.1-9, S32.3-8	5 år

En person inkluderes i case-gruppen, hvis pågældende inden for en niårig periode forud for 2010-2012 har været ude for en ulykke, der har medført en rygmarvsskade. For traumatisk hjerneskade og bækkenfrakturer er opsamlingsstiden fem år, mens der yderligere inkluderes alle øvrige ulykker med et års opsamlingsstid.

Den samlede case-gruppe til opgørelsen af byrden for faldulykker består dermed af personer, der tidligere har været ude for en alvorlig faldulykke, og af personer, der et år forud for analyseperioden eller i selve analyseperioden har været ude for en ulykke, uanset hvor alvorlig den har været.

Referencegruppen består af personer, som for hver person i case-gruppen er matchet i forhold til køn, alder og øvrig somatisk sygelighed. For at mindske usikkerheden i resultaterne er der for hver person i case-gruppen udvalgt tre personer til referencegruppen. Merforbruget af de enkelte byrdemål er beregnet som differencen mellem case-gruppens og referencegruppens forbrug, hvor der er taget højde for gruppernes forskellige størrelser.

Opgørelse af byrdemål

Forekomsten af personer, der har været ude for faldulykke, består af antallet af nye tilfælde, som er defineret ud fra ulykkeskoderne i tabel 6.2.1 og diagnosekoderne i tabel 6.2.2 samt dødsårsagerne i tabel 6.2.3. Alle øvrige byrdemål, med undtagelse af dødelighed, sekundærsektoren for børn samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål, opgøres på baggrund af et merforbrug i case-gruppen i forhold til referencegruppen.

Dødsfald på grund af faldulykker opgøres ud fra en direkte optælling i Dødsårsagsregisteret med udgangspunkt i den 10. version af WHO's klassifikation (ICD-10). De specifikke ICD-10 koder, der definerer dødsfald på grund af faldulykker, fremgår af tabel 6.2.3. ICD-10 koden X59, som omfatter dødsfald involverende uspecificerede faktorer, er medtaget i rapportens opgørelser over faldulykkesdødsfald, selvom denne kode ikke formelt set omfatter dødsfald på grund af fald. Dog er det vurderet, at disse dødsfald i de fleste tilfælde skyldes fald og derfor bør medtages for at opnå den mest retvisende opgørelse.

Tabel 6.2.3 Diagnoser til opgørelse af dødsfald på grund af faldulykker

Faldulykker	ICD-10
På samme niveau	W00-W02, W18
I forbindelse med en anden person	W03-W04
Involverende kørestol	W05
Involverende møbler	W06-W08
Involverende legepladsudstyr	W09
Fra et niveau til et andet	W10-W17
Uspecificeret fald	W19
Involverende uspecificeret faktor	X59

De sundhedsøkonomiske opgørelser er baseret på et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter omkostninger til behandling og pleje i primærsektoren, sekundærsektoren, fra apotekernes medicinpriser samt fra de gennemsnitlige omkostninger for leveret personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmehjælp).

Opgørelsen af det samlede produktionstab består af omkostninger til sygefravær, førtidspensionering og tidlig død. Omkostningerne relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af dødsfald før alder 65 år på grund af faldulykker, mens produktionstab relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.

Opgørelsen af det sparede fremtidige forbrug opdeles i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle, private forbrug. Begge dele opgøres ud fra antallet af dødsfald på grund af faldulykker blandt personer i alderen 16-100 år.

6.3 Forekomst af faldulykker

I denne rapport er forekomsten af faldulykker opgjort som incidente tilfælde og omfatter ulykkeskoderne i tabel 6.2.1, diagnosekoderne i tabel 6.2.2 og dødsfaldene i tabel 6.2.3. Incidensen er opgjort som antallet af personer, der har været ude for en faldulykke ifølge Landspatientregisteret eller som er døde på grund af en faldulykke.

Der er årligt 105.591 nye tilfælde af faldulykker, svarende til en incidensrate på 2.139 per 100.000 mænd og 2.697 per 100.000 kvinder (tabel 6.3.1). Det højeste antal nye tilfælde af faldulykker ses blandt unge mænd (16-24 år) og ældre kvinder (55-74 år).

Tabel 6.3.1 Faldulykker. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	2.999	2.694	8.779	7.571	16.350
25-34	1.959	1.610	6.296	5.145	11.441
35-44	1.670	1.535	6.472	5.869	12.341
45-54	1.687	1.911	6.556	7.276	13.832
55-64	1.743	2.668	6.025	9.213	15.238
65-74	2.023	3.222	5.339	8.950	14.289
75-84	3.398	5.458	4.027	8.314	12.341
85-	7.600	10.291	2.515	7.244	9.759
I alt	2.139	2.697	46.009	59.582	105.591

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.950 og 1.340 færre incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 14,3 % og 3,5 % af alle incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i incidente tilfælde af faldulykker blandt kvinder.

Tabel 6.3.2 Faldulykker. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	8.808	15.050	2.079	826	23,6	5,5
Kort uddannelse	14.020	15.327	1.871	514	13,3	3,4
Mellemlang/lang uddannelse	4.735	8.377	–	–	–	–
I alt	27.563	38.754	3.950	1.340	14,3	3,5

6.4 Faldulykker og dødsfald

Opgørelsen af dødsfald, tab i midlertid og tabte leveår blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er opgjort ud fra Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er defineret i tabel 6.2.3. Dødsfalde-

ne er opgjort for personer fra 0 år og opefter, mens tab i middellevetid er opgjort for personer i alderen 16-99 år og tabte leveår i alderen 16-75 år.

Faldulykker er årligt årsag til 752 dødsfald, hvor de fleste ses blandt kvinder (tabel 6.4.1). Faldulykker er årsag til 1,4 % af alle dødsfald, hvilket dækker over 1,2 % af alle dødsfald blandt mænd og 1,6 % af alle dødsfald blandt kvinder. Blandt personer på 85 år og derover er faldulykker årsag til 2,5 % af alle dødsfald.

Tabel 6.4.1 Faldulykker. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-44	10	4	14	1,1	0,9	1,0
45-54	15	5	20	1,0	0,5	0,8
55-64	28	11	39	0,8	0,5	0,7
65-74	36	28	64	0,6	0,7	0,6
75-84	87	86	173	1,1	1,2	1,1
85-	146	296	442	2,3	2,6	2,5
I alt	322	430	752	1,2	1,6	1,4

De fleste dødsfald ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 6.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald på grund af faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 34 og 37 færre dødsfald af faldulykker blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20,1 % og 29,1 % af alle dødsfald. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 6.4.2 Faldulykker. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	77	80	26	28	33,8	35,0
Kort uddannelse	69	36	8	9	11,6	25,0
Mellemlang/lang uddannelse	23	11	–	–	–	–
I alt	169	127	34	37	20,1	29,1

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er én måned kortere for både mænd og kvinder på grund af faldulykker (tabel 6.4.3). Faldulykker er årligt årsag til i alt 1.789 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og størstedelen ses blandt mænd.

Tabel 6.4.3 Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden faldulykker, hele befolkningens tab i middellevetid indtil alder 99 år samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af faldulykker fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden fald	Tab	
Mænd	77,7	77,8	0,1	1.287
Kvinder	81,7	81,8	0,1	503
I alt				1.789

Tabte leveår på grund af faldulykker ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.4.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed på grund af faldulykker som

personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 430 og 218 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 37,3 % og 47,9 % af alle tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 6.4.4 Faldulykker. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-75 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	433	226	242	141	56,0	62,6
Kort uddannelse	572	175	188	76	32,9	43,5
Mellemlang/lang uddannelse	148	53	–	–	–	–
I alt	1.153	454	430	218	37,3	47,9

6.5 Faldulykker og indlæggelser

Antallet af indlæggelser er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjøret som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 82.078 ekstra somatiske indlæggelser, og det højeste antal ses blandt kvinder (tabel 6.5.1). Der er flest ekstra indlæggelser i de ældste aldersgrupper, hvor der for mænd er flest indlæggelser i aldersgruppen 65-74 år og for kvinder i aldersgruppen 75-84 år. Samlet set udgør ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, 7,8 % af alle somatiske indlæggelser i befolkningen og 20,7 % af alle somatiske indlæggelser blandt mænd og kvinder over 85 år.

Tabel 6.5.1 Ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle somatiske indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	2.064	3.179	5.243	9,0	7,4	8,0
25-34	2.097	1.790	3.887	7,8	2,1	3,4
35-44	3.443	2.659	6.102	7,9	3,9	5,4
45-54	5.833	4.156	9.989	8,9	6,3	7,6
55-64	6.492	6.278	12.770	6,5	7,4	6,9
65-74	7.147	8.320	15.467	6,2	8,4	7,2
75-84	6.324	10.248	16.572	7,6	11,4	9,5
85-	3.603	8.445	12.048	15,8	23,9	20,7
I alt	37.003	45.075	82.078	7,7	7,9	7,8

De højeste antal ekstra somatiske indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for indlæggelser relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 5.255 og 1.993 færre somatiske indlæggelser, svarende til 18,0 % og 6,3 % af alle somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra somatiske indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en mindre social ulighed, dog uden en gradient, idet der ingen forskel er blandt personer med grundskole og kort uddannelse.

Tabel 6.5.2 Ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra somatiske indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	12.314	16.464	3.416	1.190	27,7	7,2
Kort uddannelse	13.419	10.900	1.840	804	13,7	7,4
Mellemlang/lang uddannelse	3.454	4.426	–	–	–	–
I alt	29.187	31.790	5.255	1.993	18,0	6,3

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 4.652 ekstra psykiatriske indlæggelser (tabel 6.5.3). Der er flest ekstra indlæggelser i aldersgruppen 45-54 år blandt mænd og flest i aldersgruppen 16-24 år blandt kvinder. Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 9,9 % af alle psykiatriske indlæggelser i befolkningen. Blandt personer på 85 år og derover udgør ekstra psykiatriske indlæggelser blandt mænd og kvinder, der har været ude for en faldulykke, henholdsvis 20,6 % og 28,0 % af alle psykiatriske indlæggelser.

Tabel 6.5.3 Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle psykiatriske indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	168	433	601	5,5	10,4	8,3
25-34	298	390	688	6,9	9,8	8,3
35-44	502	407	909	8,9	8,9	8,9
45-54	669	390	1.059	13,5	8,9	11,3
55-64	405	271	676	13,0	9,2	11,2
65-74	169	234	403	12,3	11,1	11,6
75-84	75	100	175	12,4	7,5	9,0
85-	27	114	141	20,6	28,0	26,2
I alt	2.313	2.339	4.652	10,0	9,8	9,9

De højeste antal ekstra psykiatriske indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse (tabel 6.5.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for psykiatriske indlæggelser relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 615 og 217 færre psykiatriske indlæggelser, svarende til 32,8 % og 13,9 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra psykiatriske indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en mindre social ulighed, dog uden en gradient.

Tabel 6.5.4 Ekstra psykiatriske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra psykiatriske indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.023	727	481	102	47,0	14,1
Kort uddannelse	674	595	133	115	19,8	19,3
Mellemlang/lang uddannelse	174	238	–	–	–	–
I alt	1.871	1.560	615	217	32,8	13,9

6.6 Faldulykker og ambulante hospitalsbesøg

Antallet af ambulante hospitalsbesøg er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opæfter.

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 268.587 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg, hvor det højeste antal ses blandt kvinder (tabel 6.6.1). Der er flest ekstra ambulante hospitalsbesøg i aldersgruppen 65-74 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 3,5 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg i befolkningen.

Tabel 6.6.1 Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	10.823	14.621	25.444	7,1	5,0	5,7
25-34	9.927	7.948	17.875	4,8	1,2	2,0
35-44	13.282	13.488	26.770	3,9	2,2	2,8
45-54	17.498	19.198	36.696	3,7	2,8	3,1
55-64	20.197	30.188	50.385	2,9	3,6	3,3
65-74	22.112	34.364	56.476	2,9	4,5	3,7
75-84	13.836	25.388	39.224	3,3	5,5	4,5
85-	4.397	11.320	15.717	5,9	10,5	8,6
I alt	112.072	156.515	268.587	3,6	3,5	3,5

De højeste antal ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for somatiske ambulante hospitalsbesøg relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 19.129 og 8.803 færre somatiske ambulante hospitalsbesøg, svarende til 21,5 % og 7,1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en mindre social ulighed, dog uden en gradient, idet der næsten ingen forskel er blandt personer med grundskole og kort uddannelse.

Tabel 6.6.2 Ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	33.689	55.647	11.014	4.525	32,7	8,1
Kort uddannelse	43.600	47.471	8.115	4.278	18,6	9,0
Mellemlang/lang uddannelse	11.880	21.320	–	–	–	–
I alt	89.169	124.438	19.129	8.803	21,5	7,1

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 16.526 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, hvor knap tre ud af fire ses blandt kvinder (tabel 6.6.3). Der er flest ekstra ambulante hospitalsbesøg i aldersgruppen 45-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 16-24 år blandt kvinder. Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 4,2 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Blandt personer på 85 år eller derover udgør de ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg 12,5 % og 15,0 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg for henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 6.6.3 Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	398	3.922	4.320	1,2	5,7	4,2
25-34	571	2.489	3.060	1,7	4,2	3,3
35-44	743	1.526	2.269	2,3	3,3	2,9
45-54	1.059	922	1.981	4,2	2,9	3,5
55-64	668	736	1.404	5,5	5,1	5,3
65-74	502	701	1.203	8,4	7,7	8,0
75-84	376	899	1.275	8,2	9,9	9,3
85-	229	785	1.014	12,5	15,0	14,4
I alt	4.546	11.980	16.526	3,1	4,9	4,2

De højeste antal ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.6.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.931 og 907 færre psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, svarende til 56,0 % og 15,6 % af alle ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses en mindre social ulighed, dog uden en gradient.

Tabel 6.6.4 Ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.807	2.444	1.242	431	68,7	17,6
Kort uddannelse	1.372	2.367	689	476	50,2	20,1
Mellemlang/lang uddannelse	272	996	–	–	–	–
I alt	3.451	5.807	1.931	907	56,0	15,6

6.7 Faldulykker og skadestuebesøg

Antallet af skadestuebesøg er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opæfter.

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 59.754 ekstra somatiske skadestuebesøg, og der er omtrent lige mange skadestuebesøg blandt mænd og kvinder (tabel 6.7.1). For både mænd og kvinder er der flest ekstra skadestuebesøg blandt de 16-24-årige. Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke udgør, 9,0 % af alle somatiske skadestuebesøg. Blandt personer på 85 år eller derover udgør de ekstra somatiske skadestuebesøg 18,2 % og 25,8 % af alle somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 6.7.1 Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle somatiske skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	6.645	6.523	13.168	9,0	12,0	10,3
25-34	3.875	3.036	6.911	6,7	7,2	6,9
35-44	3.900	2.704	6.604	6,6	6,2	6,4
45-54	4.455	3.242	7.697	8,3	7,6	8,0
55-64	3.623	3.586	7.209	7,8	8,7	8,3
65-74	2.962	3.638	6.600	8,1	10,1	9,1
75-84	2.306	4.044	6.350	9,2	12,6	11,1
85-	1.468	3.747	5.215	18,2	25,8	23,1
I alt	29.234	30.520	59.754	8,1	9,9	9,0

De højeste antal ekstra somatiske skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for somatiske skadestuebesøg relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 19.762 og 7.027 færre somatiske skadestuebesøg, svarende til 109,0 % og 38,5 % af alle ekstra somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det lille negative antal, der ses blandt mænd med en mellemlang/lang uddannelse, er udtryk for, at der er færre skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Blandt kvinder ses social ulighed, dog uden en gradient.

Tabel 6.7.2 Ekstra somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke og ekstra somatiske skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	10.594	10.150	10.636	4.044	100,4	39,8
Kort uddannelse	7.740	6.509	9.127	2.983	117,9	45,8
Mellemlang/lang uddannelse	-203	1.577	–	–	–	–
I alt	18.131	18.236	19.762	7.027	109,0	38,5

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 5.172 ekstra psykiatiske skadestuebesøg, og det højeste antal ses blandt mænd (tabel 6.7.3). Der er flest ekstra skadestuebesøg blandt de 16-24-årige kvinder og de 45-54-årige mænd. Ekstra psykiatiske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 11,2 % af alle psykiatiske skadestuebesøg. Blandt personer på 85 år eller derover udgør de ekstra somatiske skadestuebesøg 21,0 % og 18,6 % af alle psykiatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 6.7.3 Ekstra psykiatiske skadestuebesøg personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle psykiatiske skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	201	540	741	5,7	10,7	8,6
25-34	372	354	726	8,3	8,5	8,4
35-44	653	376	1.029	11,5	8,8	10,3
45-54	825	452	1.277	15,3	11,1	13,5
55-64	565	314	879	17,8	11,9	15,2
65-74	168	183	351	15,3	12,7	13,8
75-84	42	78	120	13,2	12,0	12,4
85-	17	32	49	21,0	18,6	19,4
I alt	2.843	2.329	5.172	12,0	10,4	11,2

De højeste antal ekstra psykiatiske skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.7.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for psykiatiske skadestuebesøg relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 593 og 464 færre psykiatiske skadestuebesøg, svarende til 25,2 % og 29,9 % af alle psykiatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 6.7.4 Ekstra psykiatriske skadestuebesøg blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra psykiatriske skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.224	695	492	261	40,2	37,6
Kort uddannelse	863	623	101	203	11,7	32,7
Mellemlang/lang uddannelse	262	235	–	–	–	–
I alt	2.349	1.553	593	464	25,2	29,9

6.8 Faldulykker blandt børn

For børn under 16 år er antallet af indlæggelser og skadestuebesøg opgjort ud fra en direkte optælling af faldulykker i Landspatientregistrets somatiske dele (jævnfør i tabel 6.2.1). Opgørelserne inkluderer nye tilfælde, som er sket i perioden 2010-2012, hvor der både er medtaget kontakter fra offentlige og private hospitaler.

Der er årligt 2.561 indlæggelser på grund af faldulykker blandt børn, svarende til 2,1 % af alle indlæggelser. Faldulykker er desuden årsag til 64.335 skadestuebesøg årligt, svarende til 30,7 % af alle skadestuebesøg.

Tabel 6.8.1 Indlæggelser og skadestuebesøg blandt børn (0-15 år), der har været ude for en faldulykke og andelen af alle kontakter fordelt efter køn, årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Antal kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Dreng	Piger	I alt	Dreng	Piger	I alt
Indlæggelser	1.517	1.044	2.561	2,3	1,9	2,1
Skadestuebesøg	35.370	28.965	64.335	30,7	30,7	30,7

6.9 Faldulykker og lægekontakter

Antallet af kontakter til alment praktiserende læger er baseret på Sygesikringsregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 707.127 ekstra lægekontakter, hvoraf knap to ud af tre ses blandt kvinder (tabel 6.9.1). Der er flest ekstra kontakter i aldersgruppen 55-74 år blandt mænd og 75-84 år blandt kvinder. Ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 2,2 % af alle lægekontakter i befolkningen. Blandt personer over 84 år udgør de ekstra lægekontakter 4,9 % og 6,6 % af alle lægekontakter for henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 6.9.1 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	21.089	48.039	69.128	2,5	2,5	2,5
25-34	21.474	33.980	55.454	2,0	1,2	1,5
35-44	30.079	40.947	71.026	1,9	1,4	1,5
45-54	40.379	52.054	92.433	2,0	1,7	1,8
55-64	45.261	62.958	108.219	1,8	2,0	1,9
65-74	46.960	72.779	119.739	1,8	2,4	2,1
75-84	39.425	78.379	117.804	2,4	3,3	2,9
85-	19.293	54.031	73.324	4,9	6,6	6,0
I alt	263.960	443.167	707.127	2,1	2,2	2,2

De højeste antal ekstra lægekontakter ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.9.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for lægekontakter relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 86.306 og 54.414 færre lægekontakter, svarende til 42,1 % og 17,2 % af alle ekstra lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra lægekontakter falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ligeledes social ulighed, dog uden en gradient, idet der ingen forskel er blandt personer med grundskole og kort uddannelse.

Tabel 6.9.2 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra kontakter til alment praktiserende læge i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra kontakter		Ekstra kontakter i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	93.547	166.179	49.417	32.997	52,8	19,9
Kort uddannelse	93.214	111.935	36.890	21.417	39,6	19,1
Mellemlang/lang uddannelse	18.241	38.872	–	–	–	–
I alt	205.002	316.986	86.306	54.414	42,1	17,2

6.10 Faldulykker og sygedage

Antallet af sygedage er baseret på Sygedagpengeregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år). Den første periode af sygefraværet er arbejdsgiverens ansvar (det kortvarige sygefravær), hvorefter der kan søges om refusion i form af sygedagpenge. Før 2012 kunne der søges refusion efter 21 dages sygdom, og fra 2012 og frem efter en sygdomsperiode på 30 dage. Dette betyder, at sygefraværet i denne rapport udelukkende er opgjort som af langvarigt sygefravær, som er defineret ud fra en sygdomsperiode på minimum 21 eller 30 dage.

Blandt mænd og kvinder, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 865.169 ekstra sygedage (tabel 6.10.1). Der ses flest ekstra sygedage i aldersgruppen 45-54 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 4,3 % af alle sygedage i befolkningen. Blandt personer i alderen 16-24 år udgør de ekstra sygedage 6,1 % og 5,8 % af alle sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 6.10.1 Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	29.510	32.747	62.257	6,1	5,8	5,9
25-34	72.837	71.716	144.554	5,4	3,3	4,1
35-44	101.974	102.223	204.196	4,9	3,0	3,7
45-54	122.511	128.083	250.594	4,9	3,7	4,2
55-64	91.821	111.747	203.568	4,9	5,8	5,4
I alt	418.652	446.516	865.169	5,0	3,8	4,3

Det højeste antal ekstra sygedage ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 6.10.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for sygedage relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 57.335 og 43.110 færre sygedage, svarende til 17,2 % og 11,8 % af alle sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der er således en mindre social ulighed blandt begge køn.

Tabel 6.10.2 Ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra sygedage i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra sygedage		Ekstra sygedage i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	96.985	89.406	13.708	7.988	14,1	8,9
Kort uddannelse	202.249	187.436	43.627	35.122	21,6	18,7
Mellemlang/lang uddannelse	33.459	88.759	–	–	–	–
I alt	332.693	365.601	57.335	43.110	17,2	11,8

6.11 Faldulykker og førtidspensioner

Antallet af nytilkendte førtidspensioner er baseret på Førtidspensionsstatistikken og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne omfatter personer i alderen 18-64 år.

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 457 ekstra nytilkendte førtidspensioner (tabel 6.11.1). Der er flest ekstra førtidspensioner i aldersgruppen 45-54 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en faldulykke, udgør 3,0 % af alle førtidspensioner.

Tabel 6.11.1 Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og andelen af alle førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
18-24	0	16	16	0,0	4,2	1,8
25-34	19	38	57	2,5	4,6	3,5
35-44	46	43	89	3,1	2,2	2,6
45-54	96	66	162	4,0	2,3	3,1
55-64	87	46	133	4,1	2,2	3,1
I alt	248	209	457	3,4	2,6	3,0

Det højeste antal ekstra førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.11.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensioner relateret til faldulykker som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 84 færre førtidspensioner blandt mænd, svarende til 36,2 % af alle ekstra førtidspensioner. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses ingen social ulighed.

Tabel 6.11.2 Ekstra førtidspensioner blandt personer, der har været ude for en faldulykke, og ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	97	68	51	-3	52,4	-4,7
Kort uddannelse	116	72	33	1	28,2	1,5
Mellemlang/lang uddannelse	18	30	–	–	–	–
I alt	231	170	84	-2	36,2	-1,2

6.12 Faldulykker og sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske opgørelser omfatter omkostninger til primærsektoren, sekundærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp. De samlede omkostninger til behandling og pleje er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Ekstra omkostninger til behandling i primærsektoren er beregnet på baggrund af ekstra kontakter til alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. For sekundærsektoren er ekstra omkostninger til behandling opgjort på baggrund af antallet af ekstra indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg samt skadestuebesøg, hvor både somatiske og psykiatriske kontakter er medregnet. Ekstra omkostninger til receptpligtig medicin er baseret på ekspeditionsprisen på lægemidler udleveret fra danske primærapoteker, hvor der fratrækkes moms i beregningerne, mens ekstra omkostninger til forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp beregnes ud fra en gennemsnitlig timepris på leveret hjemmehjælp/praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen. Opgørelserne er baseret på personer i alderen 16 år og opefter.

Af tabel 6.12.1 fremgår det, hvordan ekstra omkostninger til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en faldulykke, fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. I alt er ekstra omkostningerne på 4.765,7 mio. kr. Ekstra omkostninger til sekundærsektoren udgør langt størstedelen af de samlede omkostninger (78 %), og af disse er omkostninger til indlæggelser størst (fremgår ikke af tabellen). Ekstra omkostninger til hjemmehjælp, primærsektor og medicin udgør henholdsvis 19 %, 2 % og 1 % af de samlede omkostninger. Generelt er ekstra omkostningerne til behandling og pleje blandt kvinder større end blandt mænd.

Tabel 6.12.1 Ekstra omkostninger til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en faldulykke, fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				I alt
	Primærsektor	Sekundærsektor	Medicin	Hjemmehjælp	
Mænd					
16-34	7,3	185,1	4,6	3,2	200,3
35-64	18,7	696,5	10,5	82,8	808,5
65-74	8,2	342,9	3,8	92,2	447,1
75-	6,6	424,1	4,5	153,7	588,9
I alt	40,8	1.648,7	23,5	331,9	2.044,9
Kvinder					
16-34	14,0	226,9	8,1	2,2	251,2
35-64	25,9	609,7	13,5	71,4	720,5
65-74	10,6	403,2	5,6	108,7	528,1
75-	10,6	830,5	9,9	370,1	1.221,1
I alt	61,0	2.070,3	37,1	552,4	2.720,8
Total	101,8	3.718,9	60,6	884,4	4.765,7

6.13 Faldulykker og produktionstab

Opgørelsen af produktionstabet omfatter tabt produktion relateret til tidlig død før alder 65 år samt fravær fra arbejdsmarkedet på grund af sygefravær og førtidspensionering. Produktionstabet relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af antallet af faldulykkesdødsfald før alder 65 år, mens produktionstabet relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelserne af produktionstabet baserer sig på humankapitalmetoden, hvor en person anses som en produktionsfaktor, hvorfor et fravær fra arbejdsmarkedet anses som et samfundsmæssigt tab af produktion. Værdien af produktionstabet er beregnet ud fra køns- og aldersspecifikke bruttolønniveauer og med en diskonteringsrate på 4 %. Alle opgørelserne er baseret på personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år).

Af tabel 6.13.1 fremgår det, hvordan ekstra omkostninger ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en faldulykke, fordeler sig i forhold til sygefravær, førtidspensioner og tidlig død. I alt er produktionstabet på 3.866,2 mio. kr., hvoraf produktionstabet er størst blandt mænd. Produktionstabet relateret til førtidspensionering og sygefravær udgør hver især omtrent 47 % af de samlede produktionstabsomkostninger, mens produktionstabsomkostningerne relateret til tidlig død udgør omtrent 5 %.

Tabel 6.13.1 Ekstra omkostninger^a ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en faldulykke, fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Ekstra produktionstabsomkostninger (mio. 2012-kr.)			
	Sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Mænd				
16-44	418,0	462,7	46,3	927,0
45-64	525,9	559,3	109,1	1.194,2
I alt	943,8	1.022,0	155,4	2.121,2
Kvinder				
16-44	376,5	555,8	16,2	948,5
45-64	501,4	265,5	29,5	796,4
I alt	878,0	821,3	45,7	1.745,0
Total	1.821,8	1.843,2	201,1	3.866,2

a) Produktionstabsomkostningerne relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Produktionstabsomkostningerne til tidlig død er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Dødsårsagsregisteret.

6.14 Faldulykker og sparet fremtidigt forbrug

Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv medfører tidlig død en besparelse i det fremtidige forbrug. I denne rapport opdeles det sparede fremtidige forbrug i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle, private forbrug.

Det samlede sparede fremtidige forbrug baserer sig på antallet af tidlige faldulykkesdødsfald og omfatter personer i alderen 16-100 år. Til at beregne nutidsværdien af det sparede fremtidige forbrug er der anvendt en diskonteringsrate på 4 %.

Af tabel 6.14.1 fremgår fordelingen af det sparede fremtidige forbrug blandt personer, der er døde i forbindelse med en faldulykke. I alt er det sparede fremtidige forbrug på 1.077,5 mio. kr., hvoraf det øvrige offentlige og private forbrug udgør størstedelen (75 %) af det samlede sparede fremtidige forbrug.

Tabel 6.14.1 Sparet fremtidigt forbrug til behandling og pleje samt øvrigt offentligt og privat forbrug relateret til faldulykkesdødsfald, fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død (mio. 2012-kr.)		
	Behandling og pleje	Øvrigt offentligt og privat forbrug	I alt
Mænd			
16-34	1,0	11,0	12,0
35-64	24,4	127,1	151,5
65-74	17,5	61,9	79,5
75-	72,4	191,8	264,2
I alt	115,3	391,9	507,2
Kvinder			
16-34	0,4	3,9	4,3
35-64	9,7	50,9	60,6
65-74	16,0	55,5	71,5
75-	125,8	308,0	433,8
I alt	152,0	418,3	570,3
Total	267,3	810,2	1.077,5

6.15 Kommentarer til resultater

Dette afsnit indeholder en vurdering af, hvilken betydning den anvendte metode har på resultaterne. Dernæst sammenholdes vores resultater med fund fra andre undersøgelser og studier, og afslutningsvis opsummeres resultaterne om social ulighed og kønsforskelle.

Metode

Faldulykker defineres i denne rapport ud fra opgørelser i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret, hvorfor mindre alvorlige faldulykker, som ikke medfører dødsfald eller kontakt til sekundærsektoren, ikke indgår. Ej heller indgår ulykker, der medfører kontakt til sekundærsektoren, men som ikke fører til, at der registreres en skadesdiagnose. Opgørelserne i denne rapport vil derfor kun afspejle byrden blandt personer, der har været ude for faldulykker, i forbindelse med hvilke der var brug for behandling på hospital eller skadestue. Dog må det formodes, at faldulykker, der ikke har været behandlingskrævende, ikke udgør en større samfundsmæssig byrde.

Brugen af case-kontrolmetoden til bestemmelse af merforbruget forudsætter en overensstemmelse i karakteristika mellem personer med den tilstand, som ønskes undersøgt, og de personer, der sammenlignes med. I denne rapport udgøres personer i case-gruppen således af personer, der har været ude for en faldulykke, mens referencegruppen består af personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Hver person i case-gruppen er blevet matchet enkeltvis med tre personer med krav om overensstemmelse i køn, alder og øvrig sygelighed; disse personer udgør dermed referencegruppen. Udvælgelsen af hvilke parametre, der matches på, vil således have betydning for estimeringen af merforbruget i case-gruppen.

For opgørelser over indlæggelser skal der gøres opmærksom på, at de præsenterede byrder sandsynligvis er underestimerede. Dette skyldes, at ulykkeskoden, der gives ved første kontakt efter faldulykken, ikke bibeholdes, hvis den berørte person overflyttes fra eksempelvis skadestue til sengeplads, det vil sige indlæggelse. Desuden vil den initiale faldulykkeskode ligeledes bortfalde i de tilfælde, hvor der først efter flere dage og ved en ny kontakt gives en diagnose, også selvom kontakten sker som følge af faldulykken.

I relation til opgørelsen over tab i middellevetid indtil alder 75 år bør det bemærkes, at størstedelen af faldulykker og faldulykkesdødsfald sker blandt ældre (5), som således ikke indgår i beregningsgrundlaget for den pågældende opgørelse.

Overordnet set bør resultaterne for byrdemål relateret til faldulykker fortolkes med en vis forsigtighed på grund af risikoen for omvendt kausalitet, idet det ikke kan udelukkes, at der er tilfælde, hvor faldulykken ikke nødvendigvis er årsagen til de fundne sammenhænge. I sådanne tilfælde er det muligt, at de berørte personers helbredsproblemer og kontakt til sundhedssystemet kan påvirke risikoen for at komme ud for en faldulykke.

Der findes flere undersøgelser baseret på danske tal, som ser på betydningen af forskellige ulykkestyper for relevante byrdemål (6-10). Disse undersøgelser vurderes imidlertid at indeholde opgørelser med en metodemæssigt så forskellig tilgang, at de ikke kan sammenlignes med resultaterne for faldulykker i denne rapport.

Forekomst og dødelighed

I Danmark kommer årligt 110.000 personer ud for en faldulykke, heraf flere kvinder end mænd. Blandt mænd falder antallet overordnet med stigende alder, mens der blandt kvinder ikke er noget entydigt mønster. Incidensraten er højest blandt personer på 85 år eller derover for både mænd og kvinder. Faldulykker er årligt årsag til 750 dødsfald herhjemme, og der sker flere dødsfald blandt kvinder end blandt mænd. Blandt begge køn sker der flest faldulykker blandt personer på 85 år eller derover.

Det fremgår af en rapport om ulykker fra Statens Institut for Folkesundhed baseret på data fra Dødsårsagsregisteret og Sundhedsstyrelsen, at der i 2008 var godt 300 faldulykkesdødsfald i Danmark (5). Dette antal er således noget lavere end vores. Forskellen skyldes sandsynligvis, at der i vores opgørelser er inkluderet dødsfald med koden X59, hvilket ikke er tilfældet i den nævnte rapport.

Statens Institut for Folkesundhed viser i en opgørelse fra 2003, hvor der gøres brug af data fra det nu afsluttede Ulykkesregister og Dødsårsagsregisteret, at der det pågældende år skete 1.350 dødsfald herhjemme på grund af faldulykker (11). Dette antal ligger således tæt på antallet i en rapport af Juel fra 2004 (12). Det lavere antal, vi finder i nærværende rapport, kan sandsynligvis forklares med et fald i antallet af faldulykkesdødsfald over tid.

I rapporten af Juel omhandlende udviklingen i dødeligheden fremgår det, at antallet af faldulykkesdødsfald i Danmark var 1.428 i 2000, svarende til 2,5 % af alle dødsfald samme år (12). Antallet af faldulykkesdødsfald i denne rapport er således noget lavere, men disse dødsfald udgør imidlertid kun 1,4 % af alle dødsfald. En væsentlig ændring i kodningen af dødsfald på grund af faldulykker i Dødsårsagsregisteret i perioden 1999-2001 kan sandsynligvis forklare faldet i antallet af faldulykkesdødsfald (5), men det er også muligt, at der er sket et reelt fald siden 2000. Samme rapport viser, at i 2000 medførte faldulykkesdødsfald et tab i middellevetiden på ni uger blandt mænd og 13 uger blandt kvinder (12). Til sammenligning finder vi, at faldulykkesdødsfald i perioden 2010-2012 resulterer i et tab i middellevetiden på én måned for både mænd og kvinder. Disse fund kunne tilsvarende enten tyde på et fald på grund af ændret kodningspraksis eller afspejle et reelt fald.

Sekundærsektor/lægekontakter

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 82.000 ekstra somatiske indlæggelser, 270.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 60.000 ekstra somatiske skadestuebesøg, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Det svarer til henholdsvis 7,8 %, 3,5 % og 9,0 % af alle de respektive somatiske kontakter til sekundærsektoren. Endvidere er der årligt 4.700 ekstra psykiatriske indlæggelser, 17.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 5.200 ekstra psykiatriske skadestuebesøg, svarende til henholdsvis 9,9 %, 4,2 % og 11,2 % af alle de respektive psykiatriske kontakter til sekundærsektoren. Ydermere er der 710.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der har været ude for en faldulykke.

I en opgørelse baseret på data fra Landspatientregistret vises det i Folkesundhedsrapporten fra 2007, at der i 2004 var 20.544 indlæggelser og 183.678 skadestuekontakter som følge af faldulykker (13). Sammenlignet med

resultaterne i vores opgørelser findes der således i den nævnte rapport et noget lavere antal indlæggelser, men til gengæld et markant højere antal skadestuekontakter. Forskellen kan formentlig forklares med forskellige opgørelsesmetoder, hvor opgørelserne i nærværende rapport viser merforbruget i kontakter til sekundærsektoren blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Opgørelsen i Folkesundhedsrapporten tager derimod udgangspunkt i en direkte optælling i antallet af kontakter til sekundærsektoren.

På baggrund af fremskrivninger i antallet af indlæggelser på grund af faldulykker i 2002 fremgår det af en opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed med brug af data fra det nu afsluttede Ulykkesregister, Landspatientregistret og Danmarks Statistiks prognose for befolkningsfremskrivning, at der i perioden 2010-2012 gennemsnitligt ville være 14.000 indlæggelser årligt som umiddelbar følge af faldulykker blandt personer på 65 år eller derover (11). For samme aldersgruppe finder vi, at der i samme periode var 44.000 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Da vores fund er udtryk for, hvor mange flere indlæggelser, der årligt er blandt personer, der har været ude for en faldulykke, mens den nævnte opgørelse tager udgangspunkt i en direkte optælling af det samlede antal indlæggelser på grund af faldulykker, kan resultaterne dog ikke sammenlignes direkte. Øvrige forskelle i opgørelsesmetoder kan desuden have påvirket sammenligneligheden.

Arbejdsmarkedsfravær

Blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er der årligt 870.000 ekstra sygedage og 460 ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke.

I en undersøgelse af Jørgensen og Laursen fra 2013 blandt 1.479 personer i alderen 0+ (eller deres pårørende), der halvanden til tre måneder forinden havde været ude for en ulykke og i denne forbindelse var blevet indlagt eller behandlet på skadestue i Randers eller Esbjerg mellem august 2008 og maj 2009, vises det, at faldulykker gennemsnitligt medførte 2,7 sygedage blandt de berørte personer (14). De interviewede personer blev bedt om at angive antallet af sygedage, som de havde haft på grund af den pågældende ulykke. Personer, der stadig var sygemeldt fra deres arbejde, blev – ud over det antal sygedage, de allerede havde haft – bedt om at angive det forventede antal sygedage efter interviewet.

Da vores opgørelse over ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er præsenteret som det samlede antal ekstra sygedage, mens der i den nævnte undersøgelse ses på det gennemsnitlige antal sygedage per person, er det således ikke muligt at sammenligne resultaterne direkte. Vores opgørelser over sygefravær er desuden udtrykt ved et merforbrug blandt personer, der har været ude for en faldulykke, i forhold til personer, der ikke har været ude for en faldulykke. Igen afviger metoden fra den i den refererede undersøgelse, hvor der er tale om en direkte optælling baseret på interviewpersonernes egne besvarelser. Endvidere ses der i vores opgørelse alene på personer i arbejdsstyrken, det vil sige alder 16-64 år, mens der i den nævnte undersøgelse ses på personer i alle aldre. Slutteligt bør det nævnes, at den periode, sygefraværet er opgjort inden for efter faldulykkens hændelse, er betydeligt kortere i undersøgelsen af Jørgensen og Laursen (halvanden til tre måneder) end i vores opgørelse (et år).

Hvis der med udgangspunkt i tallene fra vores opgørelse over det samlede antal ekstra sygedage blandt personer, der har været ude for en faldulykke, divideres med antallet af personer med incidente faldulykker, fås et gennemsnit på 8,2 sygedage per person ved langvarigt sygefravær. Forskellen i antal sygedage kan sandsynligvis forklares med de allerede nævnte metode- og opgørelsesmæssige forskelle.

Sundhedsøkonomi

Der er årligt ekstra omkostninger på 4,8 mia. kr. til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en faldulykke. Heraf udgør ekstra omkostninger til sekundærsektoren langt størstedelen (78 %).

Ekstra omkostninger ved tabt produktion blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er på 3,9 mia. kr. årligt, hvoraf omkostninger på grund af førtidspensionering og sygefravær hver udgør omtrent 47 % af de samlede produktionstabsomkostninger.

Det har ikke været muligt at finde nyere danske tal for sundhedsøkonomi blandt personer, der har været ude for en faldulykke.

Kønssforskelle

For flere byrdemål ses der tydelige kønssforskelle relateret til faldulykker. Markant flere kvinder end mænd kommer ud for faldulykker, ligesom kvinder årligt tegner sig for mere end 100 faldulykkesdødsfald flere end mænd. Også antallet af ekstra somatiske indlæggelser, ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og ekstra lægekontakter på grund af faldulykker er højere blandt kvinder end blandt mænd, ligesom omkostninger til behandling og pleje blandt personer, der har været ude for en faldulykke, er større for kvinder end for mænd. Derimod er faldulykkesdødsfald årsag til flest tabte leveår blandt mænd. Mænd tegner sig desuden for flest ekstra omkostninger på grund af tabt produktion blandt personer, der har været ude for en faldulykke. For de øvrige byrdemål ses ikke større kønssforskelle.

Den primære risikofaktor for at få knogleskørhed, som øger risikoen for knoglefraktur ved eksempelvis faldulykker, er alder (15). Dog er kvinder mere udsatte for at få knogleskørhed end mænd, idet mænd har en kraftigere knoglebygning end kvinder. Desuden falder produktionen af det kvindelige kønshormon østrogen efter overgangsalderen (15). Da østrogen stimulerer dannelsen af ny knoglevæv, vil den reducerede østrogenproduktion blandt menopausale kvinder medføre en gradvis nedbrydning af knoglerne, hvilket øger risikoen for frakturer (16). Biologiske faktorer kan, sammen med demografiske faktorer og kønssforskelle i brugen af primær- og sekundærsektoren, således sandsynligvis forklare de viste kønssforskelle for byrdemål relateret til faldulykker.

Social ulighed

Social ulighed slår igennem på langt de fleste byrdemål for faldulykker blandt mænd. For kvinder ses der kun en social gradient for dødsfald og tabte leveår på grund af faldulykker. For de øvrige byrdemål relateret til faldulykker blandt kvinder kunne flest tilfælde have været udgået blandt dem med kort uddannelse.

6.16 Referencer

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2015 [06-10-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
2. Sundhedsstyrelsen. Osteoporose - Forebyggelse, diagnostik og behandling. København: 2001.
3. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
4. Henriksen C. Fald - fald ikke. *Ugeskr Læger*. 2015;177(21):1990.
5. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
6. Laursen B, Helweg-Larsen K. Health service use in adults 20-64 years with traumatic brain injury, spinal cord injury or pelvic fracture. A cohort study with 9-year follow-up. *BMJ open*. 2012;2(5).
7. Laursen B, Møller H. Long-term health effects of unintentional injuries in Danish adults. *Dan Med J*. 2012;59(5).
8. Toft AMH, Møller H, Laursen B. The Years After an Injury: Long-Term Consequences of Injury on Self-Rated Health. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*. 2010;69(1):26-30.
9. Polinder S, Meerding WJ, van Baar ME, Toet H, Mulder S, van Beeck EF, et al. Cost estimation of injury-related hospital admissions in 10 European countries. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*. 2005;59(6):1283-90.
10. Laursen B, Frimodt-Møller B. Sociale forskelle i brugen af sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker. *Ugeskr Læger*. 2005;167(17).
11. Statens Institut for Folkesundhed. Ældres faldulykker. Flere ældre vil blive indlagt på grund af faldulykker i fremtiden. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2003 [31-10]. Uge 46:[<http://si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/%C3%86ldres%20faldulykker.aspx>].
12. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
13. Laursen B, Frimodt-Møller B, Larsen KH. Ulykker og vold. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red., red. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
14. Jørgensen K, Laursen B. Absence from work due to occupational and non-occupational accidents. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(1):18-24.
15. Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet*. 2002;359(9321):1929-36.
16. Bonnick SL, Harris ST, Kendler DL, McClung MR, Silverman SL, Soc NAM. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society*. 2010;17(1):25-54.

7 SELVMORD, SELVMORDSFORSØG OG SELVSKADE

I Danmark er der årligt:

- 7.000 personer, der begår selvmord, forsøger at begå selvmord eller udøver selvskade.
- 610 personer, der begår selvmord.
- 9.700 tabte leveår blandt mænd og 3.200 tabte leveår blandt kvinder på grund af selvmord.
- Et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og én måned for kvinder på grund af selvmord.
- 7.800 somatiske indlæggelser blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.
- 4.300 somatiske skadestuebesøg blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.
- 1.000 somatiske indlæggelser blandt børn, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.
- 410 somatiske skadestuebesøg blandt børn, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.
- 140.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.
- 170.000 ekstra sygedage blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.
- 250 ekstra nytilkendte førtidspensioner blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.
- Ekstra omkostninger på 200 mio. kr. til behandling og pleje blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.
- Ekstra omkostninger på 3,6 mia. kr. ved tabt produktion blandt personer, der har begået selvmord, forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade.
- Et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der har begået selvmord, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 1,9 mia. kr.

7.1 Indledning

Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade dækker over forskellige former for og grader af selvskadende adfærd. Ifølge WHO defineres selvmord som en bevidst handling med dødelig udgang, som den afdøde selv har foran-

staltet og gennemført med det formål at tage sit eget liv (1). Selvmordsforsøg er ligeledes en bevidst handling, men uden dødelig udgang, og hvor intentionen er at udøve skade på egen krop med det formål at tage sit eget liv (1). På trods af selvmordsforsøgets eksplicite formål kan handlingen også implicit være et råb om hjælp til omverdenen (2). Selvmordsforsøg spænder således bredt fra det reelle forsøg med ønske om død til et råb om hjælp. Selvskade omfatter bevidste handlinger, som tilsigter pådragelse af fysisk skade på egen krop. At skære i sig selv, såkaldt 'cutting', er det mest udbredte eksempel på selvskade (3). Selvskade sker dog uden en intention om, at den pågældende handling skal føre til død og anvendes typisk som mestringsstrategi med ønsket om at lindre psykisk smerte eller håndtere svære tanker og følelser (3).

I 2012 udgjorde selvmord 1,4 % af alle dødsfald på verdensplan og var dermed den 15. hyppigste dødsårsag i verden (4). I Europa begår flere end fire gange så mange mænd som kvinder selvmord (4), og samme mønster ses i Danmark, hvor der altid har været højere selvmordsrater for mænd end for kvinder (5). Kønsforskellen menes at kunne forklares med blandt andet forskellig stress- og konflikthåndtering blandt mænd og kvinder samt kønsforskelle i alkoholindtag og i tilbøjeligheden til at søge om hjælp for psykiske lidelser. Desuden forsøger kvinder oftest at forgifte sig selv med piller eller skære i sig selv, hvorimod mænd oftere vælger mere drastiske metoder, såsom hængning, hvilket med større sandsynlighed resulterer i selvmord (5).

I perioden 1920-2001 har selvmordsraterne varieret meget blandt begge køn i Danmark, hvor antallet især var højt blandt kvinder i 1945 og blandt mænd i 1980 (5, 6). Fra 1920-1980 er der sket en stigning i selvmordsraterne. Fra 1980-2001 er der sket et fald for alle aldersgrupper, som først og fremmest kan forklares af et fald i forgiftningsdødsfald (5). Selvmordsraterne er højest blandt de 45-54-årige blandt både mænd og kvinder, og antallet er lavt blandt børn og unge (5).

Der har tidligere været store forskelle på selvmordsraterne i de nordiske lande, men siden 1990 er disse forskelle blevet mindre. I 2013 lå selvmordsraten i Danmark lavere end i Finland og Sverige, men højere end i Island og Norge (7).

Flere risikofaktorer kan optræde på samme tid blandt sårbare grupper i samfundet. Summen af risikofaktorer og andre livsomstændigheder vil i nogle tilfælde kunne gøre det enkelte individ mere tilbøjeligt til eksempelvis selvskadende adfærd og i yderste konsekvens selvmord (4). En stor del af de mennesker, der forsøger at begå eller begår selvmord, lider således af en psykisk sygdom, såsom depression, skizofreni, angst eller misbrug (5, 8). Dermed er psykisk sygdom sammen med tidligere selvmordsforsøg de vigtigste risikofaktorer for selvmord (4, 5, 8, 9). Forebyggelse og tidlig behandling af psykisk sygdom er derfor centralt i arbejdet for at nedbringe forekomsten af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade.

7.2 Metode

I denne rapport defineres selvmord ud fra den 10. version af WHO's klassifikation (ICD-10) og omfatter overordnet selvmord på grund af forgiftning, hængning, drukning, skud, stik, udspring og trafik. Selvmordene identificeres i Dødsårsagsregisteret ud fra ICD-10 koderne i tabel 7.2.1.

Tabel 7.2.1 Diagnoser til opgørelse af selvmord

Selvmord	ICD-10
Selvforgiftning	X60-X69
Hængning	X70
Drukning	X71
Skydevåben eller eksplosivt materiale	X72-X75
Røg, ild, dampe eller varme genstande	X76-X77
Skarp eller stump genstand	X78-X79
Udspring fra højt sted	X80
Bevægende objekt eller motorkøretøj	X81-X82
Andre specificerede måder	X83
Uspecificeret selvskade	X84

Selvmordsforsøg og selvskade identificeres i Landspatientregisteret, hvor kontaktvariablen har kode 4, som angiver selvmordsforsøg. Derudover defineres selvmordsforsøg og selvskade yderligere ud fra en række kombinationer af registrerede diagnoser og skader i Landspatientregisteret som vist i tabel 7.2.2 (10).

Tabel 7.2.2 Definition af selvmordsforsøg og selvskade

Selvmordsforsøg og selvskade	
Ved en af følgende hoveddiagnoser	
Forgiftning med svage smertestillende midler	T39
Forgiftning med stærke smertestillende midler og psykosefremkaldende stoffer	T40 (ekskl. T40.1)
Forgiftning med epilepsimidler, sovemidler og antiparkinsonmidler	T42
Forgiftning med psykofarmaka ikke klassificeret andetsteds	T43
Kulilteforgiftning	T58
Ved kombinationen af en af følgende hoveddiagnoser og en af følgende bidiagnoser	
<i>Hoveddiagnoser:</i>	
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	F00-F99
<i>Bidiagnoser:</i>	
Åbent sår på albue og underarm	S51
Beskadigelse af blodkar i underarm	S55
Andre og ikke-specificerede beskadigelser af albue og underarm	S59
Åbent sår på håndled og hånd	S61
Beskadigelse af blodkar i håndled og hånd	S65
Andre og ikke-specificerede beskadigelser af håndled og hånd	S69
Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer	T36-50
Skadelige virkninger af ikke-medicinske substanser	T52-60

Opgørelse af byrdemål

Forekomst, dødelighed, kontakter til sekundærsektoren for både børn og voksne samt dele af de samfundsøkonomiske byrdemål er opgjort ud fra en direkte optælling af tilfælde i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret. Forekomsten er opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år har begået selvmord,

forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade ifølge Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret, hvor diagnosekoderne er defineret i tabel 7.2.1, tabel 7.2.2, eller hvor registreringen har kontaktårsag 4. Opgørelsen af selvmord, tab i middellevetid og tabte leveår er opgjort ud fra Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er defineret i tabel 7.2.1. Endeligt er kontakter til sekundærsektoren opgjort ud fra antallet af registrerede selvmordsforsøg og selvskadetilfælde i Landspatientregisteret, hvor diagnosekoderne er defineret i tabel 7.2.2, eller hvor registreringen har kontaktårsag 4.

Kontakter til alment praktiserende læge, sygefravær og nytilkendte førtidspensioner er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade (case-gruppe), i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade (referencegruppe).

Referencegruppen består af personer, som for hver person i case-gruppen er matchet i forhold til køn, alder og øvrig somatisk sygelighed. For at mindske usikkerheden i resultaterne er der for hver person i case-gruppen udvalgt tre personer til referencegruppen. Merforbruget af de enkelte byrdemål er beregnet som differencen mellem case-gruppens og referencegruppens forbrug, hvor der er taget højde for gruppernes forskellige størrelser. Alle opgørelser er beregnet som et årligt gennemsnit for perioden 2010-2012.

De sundhedsøkonomiske opgørelser indeholder omkostninger til primærsektoren, sekundærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne til primærsektoren, medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Omkostningerne til sekundærsektoren er opgjort ud fra direkte optælling af antallet af registrerede kontakter i Landspatientregisteret på grund af selvmordsforsøg eller selvskade og de dertilhørende afregninger.

Opgørelsen af det samlede produktionstab består af omkostninger til sygefravær, førtidspensionering og tidlig død. Omkostningerne relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af selvmord før alder 65 år, mens produktions-tabet relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.

Endeligt er opgørelsen af det sparede, fremtidige forbrug opdelt i to. Den ene del omfatter sparede, offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle, private forbrug. Begge dele opgøres ud fra antallet af selvmord blandt personer i alderen 16-100 år.

7.3 Forekomst af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade

Incidensen er opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år har begået selvmord, forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade ifølge Dødsårsagsregisteret eller Landspatientregisteret, jævnfør tabel 7.2.1 og tabel 7.2.2. Opgørelsen baserer sig på personer i alderen 16 år og derover.

Der er årligt 7.004 nye tilfælde af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade, svarende til en incidensrate på 148 per 100.000 mænd og 165 per 100.000 kvinder (tabel 7.3.1). Det højeste antal nye tilfælde ses i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder.

Tabel 7.3.1 Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	271	430	817	1.235	2.052
25-34	175	177	573	574	1.147
35-44	146	143	576	555	1.131
45-54	141	146	556	564	1.120
55-64	99	96	349	340	689
65-74	78	82	209	234	443
75-84	102	92	125	147	272
85-	150	126	52	98	150
I alt	148	165	3.257	3.747	7.004

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 7.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for selvmord, selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 954 og 712 færre incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 55,1 % og 40,2 % af alle incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.3.2 Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	759	840	543	481	71,5	57,3
Kort uddannelse	815	671	411	231	50,4	34,4
Mellemlang/lang uddannelse	157	262	–	–	–	–
I alt	1.731	1.773	954	712	55,1	40,2

7.4 Selvmord

Opgørelsen af dødsfald, tab i middelevetid og tabte leveår blandt personer, der har begået selvmord, er opgjort ud fra Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er defineret som i tabel 7.2.1. Dødsfaldene er opgjort for personer fra 0 år og opefter, mens tab i middelevetid er opgjort for personer i alderen 16-99 år og tabte leveår for personer i alderen 16-75 år.

Der er årligt 608 selvmord (tabel 7.4.1), og tre ud af fire selvmord begås af mænd. Selvmord er årsag til 1,2 % af alle dødsfald, 1,7 % blandt mænd og 0,6 % blandt kvinder. Blandt 25-34-årige mænd udgør selvmord 19,0 % af alle dødsfald, og blandt unge i alderen 16-24 år udgør selvmord 17,7 % af alle dødsfald.

Tabel 7.4.1 Selvmord. Antal selvmord og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal selvmord			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	3	2	5	4,8	3,8	4,3
16-24	23	9	32	17,8	17,3	17,7
25-34	36	9	45	19,0	10,3	16,3
35-44	73	18	91	14,0	6,5	11,4
45-54	107	40	147	7,2	4,3	6,1
55-64	90	31	121	2,6	1,4	2,1
65-74	55	31	86	0,9	0,7	0,8
75-84	43	13	56	0,6	0,2	0,4
85-	16	9	25	0,3	0,1	0,1
I alt	446	162	608	1,7	0,6	1,2

De højeste antal selvmord ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 7.4.2). Hvis alle mænd havde samme mønster for selvmord som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 117 færre selvmord, svarende til 31,1 % af alle selvmord. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra selvmord falder med stigende uddannelsesniveau. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i selvmord blandt kvinder.

Tabel 7.4.2 Selvmord. Antal selvmord og ekstra selvmord i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Selvmord		Ekstra selvmord i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	131	48	58	-3	44,3	-6,3
Kort uddannelse	194	53	59	-2	30,4	-3,8
Mellemlang/lang uddannelse	51	32	-	-	-	-
I alt	376	133	117	-5	31,1	-3,8

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er fire måneder kortere for mænd og én måned kortere for kvinder på grund af selvmord (tabel 7.4.3). Selvmord er årligt årsag til 12.864 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og heraf er tre ud af fire blandt mænd.

Tabel 7.4.3 Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden selvmord, hele befolkningens tab i middellevetid indtil alder 99 år samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af selvmord fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden selvmord	Tab	
Mænd	77,7	78,0	0,3	9.693
Kvinder	81,7	81,8	0,1	3.172
I alt				12.864

Der er flest tabte leveår på grund af selvmord blandt personer med kort uddannelse (tabel 7.4.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for selvmord som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.102 og 351 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 41,7 % og 14,8 % af alle tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at

der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses også social ulighed dog uden en gradient.

Tabel 7.4.4 Selvmord. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-75 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.628	859	1.591	354	60,6	41,2
Kort uddannelse	3.883	910	1.511	-2	38,9	-0,3
Mellemlang/lang uddannelse	928	605	-	-	-	-
I alt	7.438	2.374	3.102	351	41,7	14,8

7.5 Selvmordsforsøg, selvskade og indlæggelser

Antallet af indlæggelser er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregistrets somatiske og psykiatriske dele. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter. Der vises kun opgørelser for somatiske indlæggelser, idet der er relativt få psykiatriske indlæggelser på grund af selvmordsforsøg eller selvskade (99 psykiatriske indlæggelser).

Selvmordsforsøg og selvskade er årligt årsag til 7.771 somatiske indlæggelser, og det højeste antal ses blandt kvinder (tabel 7.5.1). Der er flest indlæggelser i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. Overordnet set falder antallet med stigende alder. Indlæggelser på grund af selvmordsforsøg eller selvskade udgør 0,7 % af alle somatiske indlæggelser og 4,0 % af alle somatiske indlæggelser blandt de 16-24-årige kvinder.

Tabel 7.5.1 Somatiske indlæggelser på grund af selvmordsforsøg eller selvskade og andelen af alle somatiske indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	741	1.711	2.452	3,2	4,0	3,7
25-34	540	796	1.336	2,0	0,9	1,2
35-44	562	779	1.341	1,3	1,1	1,2
45-54	514	681	1.195	0,8	1,0	0,9
55-64	304	403	707	0,3	0,5	0,4
65-74	154	240	394	0,1	0,2	0,2
75-84	87	145	232	0,1	0,2	0,1
85-	31	83	114	0,1	0,2	0,2
I alt	2.933	4.838	7.771	0,6	0,8	0,7

De højeste antal somatiske indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse (tabel 7.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for somatiske indlæggelser relateret til selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 972 og 1.113 færre somatiske indlæggelser, svarende til 54,3 % og 44,3 % af alle somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.5.2 Somatiske indlæggelser blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og ekstra somatiske indlæggelser, i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	891	1.260	605	722	67,9	57,3
Kort uddannelse	781	947	367	391	46,9	41,3
Mellemlang/lang uddannelse	119	306	–	–	–	–
I alt	1.791	2.513	972	1.113	54,3	44,3

7.6 Selvmordsforsøg, selvskade og ambulante hospitalsbesøg

Der vises ingen opgørelser for somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, idet der er relativt få registrerede tilfælde på grund af selvmordsforsøg eller selvskade (195 somatiske ambulante hospitalsbesøg og 28 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg).

7.7 Selvmordsforsøg, selvskade og skadestuebesøg

Antallet af skadestuebesøg er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Landspatientregistrets somatiske og psykiatriske dele. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter. Der vises kun opgørelser for somatiske skadestuebesøg, idet der er relativt få psykiatriske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg eller selvskade (66 psykiatriske skadestuebesøg).

Selvmordsforsøg og selvskade er årligt årsag til 4.302 somatiske skadestuebesøg, og det højeste antal ses blandt kvinder (tabel 7.7.1). Der er flest skadestuebesøg i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder, hvor antallet af skadestuebesøg falder med stigende alder. Somatiske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg eller selvskade udgør 0,6 % af alle somatiske skadestuebesøg og 2,1 % af alle somatiske skadestuebesøg blandt de 16-24-årige kvinder.

Tabel 7.7.1 Somatiske skadestuebesøg på grund af selvmordsforsøg eller selvskade og andelen af alle somatiske skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	513	1.130	1.643	0,7	2,1	1,3
25-34	362	501	863	0,6	1,2	0,9
35-44	336	371	707	0,6	0,8	0,7
45-54	271	319	590	0,5	0,7	0,6
55-64	141	128	269	0,3	0,3	0,3
65-74	66	81	147	0,2	0,2	0,2
75-84	31	36	67	0,1	0,1	0,1
85-	14	2	16	0,2	0,0	0,1
I alt	1.734	2.568	4.302	0,5	0,8	0,6

De højeste antal somatiske skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse (tabel 7.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for somatiske skadestuebesøg relateret til selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 497 og 477 færre somatiske ska-

destuebesøg, svarende til 52,4 % og 43,7 % af alle ekstra somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 7.7.2 Somatiske skadestuebesøg blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og ekstra somatiske skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	469	523	324	319	69,1	60,9
Kort uddannelse	410	417	173	159	42,2	38,1
Mellemlang/lang uddannelse	71	153	–	–	–	–
I alt	950	1.093	497	477	52,4	43,7

7.8 Selvmordsforsøg og selvskade blandt børn

For børn under 16 år er antallet af indlæggelser og skadestuebesøg opgjort ud fra en direkte optælling af selvmordsforsøg og selvskadetilfælde i Landspatientregistrets somatiske dele (jævnfør definitionen af selvmordsforsøg og selvskade afsnit 7.2). Opgørelserne inkluderer nye tilfælde og er beregnet som et årligt gennemsnit af perioden 2010-2012, hvor der både er medtaget kontakter fra offentlige og private hospitaler.

Der er årligt 1.002 indlæggelser på grund af selvmordsforsøg og selvskade blandt børn, svarende til 0,8 % af alle indlæggelser. Selvmordsforsøg og selvskade er desuden årsag til 409 skadestuebesøg årligt, svarende til 0,2 % af alle skadestuebesøg.

Tabel 7.8.1 Indlæggelser og skadestuebesøg blandt børn (0-15 år) med selvmordsforsøg og selvskade og andelen af alle kontakter fordelt efter køn, årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Antal kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Drenge	Piger	I alt	Drenge	Piger	I alt
Indlæggelser	231	771	1.002	0,4	1,4	0,8
Skadestuebesøg	98	311	409	0,1	0,3	0,2

7.9 Selvmordsforsøg, selvskade og lægekontakter

Antallet af kontakter til alment praktiserende læger er baseret på Sygesikringsregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Opgørelserne omfatter personer i alderen 16 år og opefter.

Blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade er der årligt 135.469 lægekontakter, og knap to ud af tre ses blandt kvinder (tabel 7.9.1). Der er flest kontakter i aldersgruppen 35-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 16-24 år blandt kvinder. Lægekontakter blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade udgør 0,4 % af alle lægekontakter og 1,0 % af alle lægekontakter blandt de 16-24-årige kvinder.

Tabel 7.9.1 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og andelen af alle kontakter til alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra kontakter			Andel (%) af alle kontakter		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	6.343	19.535	25.878	0,8	1,0	0,9
25-34	7.644	11.490	19.134	0,7	0,4	0,5
35-44	10.675	14.817	25.492	0,7	0,5	0,6
45-54	10.191	17.410	27.601	0,5	0,6	0,5
55-64	7.526	11.561	19.087	0,3	0,4	0,3
65-74	3.887	7.372	11.259	0,2	0,2	0,2
75-84	1.865	3.483	5.348	0,1	0,1	0,1
85-	312	1.358	1.670	0,1	0,2	0,1
I alt	48.443	87.026	135.469	0,4	0,4	0,4

De højeste antal ekstra lægekontakter ses blandt personer med grundskoleuddannelse (tabel 7.9.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for lægekontakter relateret til selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 30.921 og 34.885 færre lægekontakter, svarende til 85,9 % og 59,7 % af alle lægekontakter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra lægekontakter falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.9.2 Ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og ekstra kontakter til alment praktiserende læge i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra kontakter		Ekstra kontakter i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	21.730	38.457	19.910	30.201	91,6	78,5
Kort uddannelse	13.503	18.457	11.012	4.684	81,5	25,4
Mellemlang/lang uddannelse	759	1.478	–	–	–	–
I alt	35.992	58.392	30.921	34.885	85,9	59,7

7.10 Selvmordsforsøg, selvskade og sygedage

Antallet af sygedage er baseret på Sygedagpengeregisteret og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Opgørelserne omfatter personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år). Den første periode af sygefraværet er arbejdsgiverens ansvar (det kortvarige sygefravær), hvorefter der kan søges om refusion i form af sygedagpenge. Før 2012 kunne der søges refusion efter 21 dages sygdom, og fra 2012 og frem efter en sygdomsperiode på 30 dage. Dette betyder, at sygefraværet i denne rapport udelukkende består af langvarigt sygefravær, som er defineret ud fra en sygdomsperiode på minimum 21 eller 30 dage.

Blandt mænd og kvinder med selvmordsforsøg eller selvskade er der årligt 170.383 ekstra sygedage (tabel 7.10.1). Knap tre ud af fem sygedage ses blandt kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 35-44 år blandt både mænd og kvinder. Ekstra sygedage blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade udgør 0,9 % af alle sygedage og 3,2 % af alle sygedage blandt de 16-24-årige kvinder.

Tabel 7.10.1 Ekstra sygedage blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	9.422	18.097	27.519	1,9	3,2	2,6
25-34	18.276	22.500	40.776	1,3	1,0	1,2
35-44	20.100	27.849	47.949	1,0	0,8	0,9
45-54	16.520	24.161	40.681	0,7	0,7	0,7
55-64	6.344	7.115	13.459	0,3	0,4	0,4
I alt	70.661	99.721	170.383	0,9	0,9	0,9

De højeste antal ekstra sygedage ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 7.10.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for sygedage relateret til selvmordsforsøg og selvskade som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 6.542 og 14.826 færre sygedage, svarende til 13,1 % og 21,7 % af alle ekstra sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra sygedage falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.10.2 Ekstra sygedage blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og ekstra sygedage i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra sygedage		Ekstra sygedage i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	17.515	17.933	4.157	5.072	23,7	28,3
Kort uddannelse	27.453	35.866	2.385	9.753	8,7	27,2
Mellem-lang/lang uddannelse	5.039	14.594	–	–	–	–
I alt	50.006	68.393	6.542	14.826	13,1	21,7

7.11 Selvmordsforsøg, selvskade og førtidspensioner

Antallet af nytilkendte førtidspensioner er baseret på Førtidspensionsstatistikken og er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Opgørelserne omfatter personer i alderen 18-64 år.

Blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade er der årligt 249 nytilkendte førtidspensioner (tabel 7.11.1). Der er flest førtidspensioner i aldersgruppen 35-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 35-44 år blandt kvinder. Førtidspensioner blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade udgør 1,6 % af alle førtidspensioner og 9,0 % af alle førtidspensioner blandt de 18-24-årige kvinder.

Tabel 7.11.1 Ekstra førtidspensioner blandt personer med selvmordsforsøg eller selvska og andelen af alle førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ekstra førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
18-24	17	34	51	3,2	9,0	5,6
25-34	22	35	57	2,8	4,2	3,5
35-44	28	41	69	1,9	2,1	2,0
45-54	30	23	53	1,3	0,8	1,0
55-64	12	7	19	0,6	0,3	0,4
I alt	109	140	249	1,5	1,7	1,6

De højeste antal ekstra førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse (tabel 7.11.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensioner relateret til selvmordsforsøg og selvska som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2,1 % og 13,6 % færre førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den mindre sociale ulighed blandt kvinder kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i selvmord blandt mænd.

Tabel 7.11.2 Ekstra førtidspensioner blandt personer med selvmordsforsøg eller selvska og ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ekstra førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	41	41	7	8	17,9	20,0
Kort uddannelse	31	36	-6	4	-18,3	10,5
Mellemlang/lang uddannelse	6	11	-	-	-	-
I alt	78	88	2	12	2,1	13,6

7.12 Selvmordsforsøg, selvska og sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske opgørelser omfatter omkostninger til primærsektoren, sekundærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne til primærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp er opgjort som en meromkostning blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvska, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvska. Meromkostningerne til behandling i primærsektoren er beregnet på baggrund af ekstra kontakter til alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter. Meromkostningerne til receptpligtig medicin er baseret på ekspeditionsprisen på lægemidler udleveret fra danske primærapoteker, hvor der fratrækkes moms i beregningerne, mens meromkostninger til forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp beregnes ud fra en gennemsnitlig timepris på leveret hjemmehjælp/praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen.

Omkostningerne til sekundærsektoren er opgjort ud fra en direkte optælling af antallet af registrerede selvmordsforsøg og selvska tilfælde i Landspatientregisteret, hvor kontakterne afregnes på baggrund af tilhørende DRG- og DAGS-takster. Alle opgørelserne er baseret på personer i alderen 16 år og opefter.

Af tabel 7.12.1 fremgår det, hvordan omkostninger til sekundærsektoren og meromkostninger til primærsektoren, receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp blandt personer med selvmordsforsøg og selvska fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. I alt er omkostningerne på 201,5 mio. kr. Omkostningerne til sekundærsektoren udgør størstedelen af de samlede omkostninger (57 %), mens meromkostningerne til hjemmehjælp,

primærsektoren og receptpligtig medicin henholdsvis udgør 29 %, 8 % og 6 % af de samlede omkostninger. Omkostningerne til behandling og pleje blandt kvinder er større end blandt mænd.

Tabel 7.12.1 Omkostninger^a til behandling og pleje blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Primærsektor	Sekundærsektor	Medicin	Hjemmehjælp	I alt
Mænd					
16-34	2,0	16,8	1,4	0,7	20,8
35-64	3,0	22,7	2,5	10,6	38,8
65-74	0,3	2,8	0,3	6,2	9,7
75-	0,1	2,5	0,2	4,8	7,5
I alt	5,4	44,8	4,3	22,3	76,8
Kvinder					
16-34	4,8	31,7	3,2	1,2	40,9
35-64	4,7	28,2	3,6	12,4	48,9
65-74	0,7	4,9	0,5	13,1	19,2
75-	0,4	4,7	0,3	10,3	15,7
I alt	10,5	69,6	7,6	37,0	124,7
Total	15,9	114,3	12,0	59,3	201,5

a) Omkostningerne til sekundærsektoren er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnoser i Landspatientregisteret og de dertilhørende afregninger, mens omkostningerne til primærsektoren, medicin og hjemmehjælp er opgjort som et merforbrug blandt personer der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade.

7.13 Selvmord, selvmordsforsøg, selvskade og produktionstab

Opgørelsen af produktionstabt omfatter tabt produktion relateret til tidlig død før alder 65 år samt fravær fra arbejdsmarkedet på grund af sygefravær og førtidspensionering. Produktionstabt relateret til tidlig død er opgjort på baggrund af antallet af selvmord før alder 65 år, mens produktionstabt relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Opgørelserne af produktionstabt baserer sig på humankapitalmetoden, hvor en person anses som en produktionsfaktor, hvorfor et fravær fra arbejdsmarkedet anses som et samfundsmæssigt tab af produktion. Værdien af produktionstabt er beregnet ud fra køns- og aldersspecifikke bruttoløn niveauer og med en diskonteringsrate på 4 %. Alle opgørelserne er baseret på personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år).

Af tabel 7.13.1 ses produktionstabsomkostninger til tidlig død og ekstra produktionstabsomkostninger relateret til sygefravær og førtidspensionering blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. I alt er produktionstabt på 3.598,8 mio. kr., hvoraf produktionstabt er størst blandt mænd. Produktionstabt på grund af tidlig død udgør 54 %, mens ekstra omkostninger til førtidspensionering og sygefravær henholdsvis udgør 37 % og 9 % af de samlede produktionstabsomkostninger.

Tabel 7.13.1 Omkostninger^a ved tabt produktion blandt personer, der har begået selvmord, forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Ekstra produktionstabsomkostninger (mio. 2012-kr.)			
	Sygefravær	Førtidspension	Tidlig død	I alt
Mænd				
16-44	93,9	429,1	939,1	1.462,0
45-64	56,3	164,7	604,7	825,7
I alt	150,2	593,8	1.543,8	2.287,8
Kvinder				
16-44	117,4	659,2	212,7	989,3
45-64	65,4	86,1	170,2	321,7
I alt	182,8	745,3	382,9	1.311,0
Total	333,0	1.339,1	1.926,7	3.598,8

a) Produktionstabsomkostningerne relateret til sygefravær og førtidspensionering er opgjort som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Produktionstabsomkostningerne til tidlig død er opgjort ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Dødsårsagsregisteret.

7.14 Selvmord og sparet fremtidigt forbrug

Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv medfører tidlig død en besparelse i det fremtidige forbrug. I denne rapport opdeles det sparede fremtidige forbrug i to dele. Den ene del omfatter sparede offentlige omkostninger til behandling og pleje i sundhedssektoren, såsom hospitalsbenyttelse og lægekontakter. Den anden del omfatter både sparede omkostninger til øvrigt offentligt forbrug, såsom offentlig transport, politi og kultur, samt sparede omkostninger til husstandenes individuelle, private forbrug.

Det samlede sparede fremtidige forbrug baserer sig på antallet af tidlige dødsfald blandt personer, der har begået selvmord, og omfatter personer i alderen 16-100 år. Til at beregne nutidsværdien af det sparede fremtidige forbrug er der anvendt en diskonteringsrate på 4 %.

Af tabel 7.14.1 fremgår fordelingen af det sparede fremtidige forbrug blandt personer, der har begået selvmord. I alt er det sparede fremtidige forbrug på 1.856,0 mio. kr., hvoraf det øvrige offentlige og private forbrug udgør størstedelen (85 %) af det samlede sparede fremtidige forbrug.

Tabel 7.14.1 Sparet fremtidigt forbrug til behandling og pleje samt øvrigt offentligt og privat forbrug relateret til selvmord fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit 2010-2012

Alder	Sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død (mio. 2012-kr.)		
	Behandling og pleje	Øvrigt offentligt og privat forbrug	I alt
Mænd			
16-34	20,2	222,4	242,5
35-64	127,9	771,2	899,1
65-74	27,1	96,4	123,5
75-	21,9	61,9	83,7
I alt	197,1	1.151,8	1.348,9
Kvinder			
16-34	8,0	69,0	77,1
35-64	48,7	274,9	323,6
65-74	16,8	61,4	78,2
75-	7,7	20,6	28,2
I alt	81,2	426,0	507,1
Total	278,2	1.577,8	1.856,0

7.15 Kommentarer til resultater

Dette afsnit indeholder en vurdering af, hvilken betydning den anvendte metode har på resultaterne. Dernæst sammenholdes vores resultater med fund fra andre undersøgelser og studier, og afslutningsvis opsummeres resultaterne om social ulighed og kønsforskelle.

Metode

Forekomsten af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade samt dødsfald og kontakter til sekundærsektoren på grund af selvmordsforsøg og selvskade baserer sig på en direkte optælling af relevante diagnosekoder i Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret. Alle øvrige byrdemål er beregnet som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade (case-gruppen), i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade (referencegruppen).

Brugen af en case-gruppe og en reference-gruppe til bestemmelse af merforbruget forudsætter en overensstemmelse i karakteristika mellem personer med den tilstand, som ønskes undersøgt, og de personer, der sammenlignes med. I denne rapport udgøres personer i case-gruppen således af personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, mens referencegruppen består af personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har begået selvskade. Hver person i case-gruppen er blevet matchet enkeltvis med tre andre personer med krav om overensstemmelse i køn, alder og øvrig somatisk sygelighed; disse personer udgør dermed referencegruppen. Udvælgelsen af hvilke parametre, der matches på, vil således have betydning for estimeringen af merforbruget i case-gruppen.

I denne rapport anvendes en metode, hvor personer i case-gruppen identificeres med et selvmordsforsøg eller selvskade ud fra kontakter til sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg), hvor kontaktårsagen er 'selvmordsforsøg'. Da det således kun er personer, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet som opgøres, vil selvskade af mildere grad, som ikke behandles i hospitalssektoren, ikke blive medtaget. Generelt betyder dette, at episoder af mildere selvskadende adfærd er underreporteret i danske registre. Vi supplerer opgørelserne af selvmordsforsøg og selvskade med en ekstra komponent kaldet "sandsynligvis forsættelig selvskade", der inkluderer personer indlagt med forgiftning som hoveddiagnose samt personer med psykiske

diagnoser kombineret med en given bidiagnose (cutting eller forgiftning). Diagnosekoderne der identificerer de ekstra tilfælde af selvmordsforsøg og selvskade baserer sig på definitionen i Morthorst et al. (10). Det vides ikke med sikkerhed, om hensigten har været selvmord, eller om der er tale om en ulykke. Morthorst et al. vurderer, at denne inklusion kan give op til 30 % misklassificerede tilfælde, og deraf medføre en overregistrering af selvmordsforsøg og selvskade (10). Omvendt kan en generel underregistrering af selvmordsforsøg i nationale registre, samt usikkerhed vedrørende hvorvidt kontaktårsag 4 anvendes korrekt ved hospitalskontakter, medføre en underestimering af antallet af kontakter til sekundærsektoren. Morthorst et al. vurderer, at underestimeringen af selvmordsforsøg i hospitalsvæsenet overordnet set er større end den førnævnte overestimering ved inklusion af de ekstra tilfælde af selvmordsforsøg og selvskade (10). Samlet set betyder dette, at der er en risiko for at opgørelserne af kontakter til sekundærsektoren på grund af selvmordsforsøg og selvskade i denne rapport er underestimerede. Denne metode er dog tidligere benyttet i flere studier, der undersøger selvmordsforsøg og selvskade (9, 11).

Endeligt kan antallet af somatiske og psykiatriske indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af selvmordsforsøg og selvskade yderligere være underestimeret, da registeringen af kontaktårsag 4 (selvmordsforsøg) ikke nødvendigvis medfølger, når en patient overflyttes fra et skadestuebesøg til en indlæggelse eller til et ambulantly forløb.

Hvis kontakter til sekundærsektoren relateret til selvmordsforsøg og selvskade opgøres som et merforbrug blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, vil der forventeligt opgøres flere kontakter, end der præsenteres i denne rapport. Dette skyldes blandt andet, at man ved et merforbrug opgør samtlige kontakter til sekundærsektoren blandt case-gruppen i forhold til referencegruppen, uanset hvad årsagen er til kontakten. Dette betyder, at bibeholdelsen af kontaktårsag 4 (selvmordsforsøg) ved en overflyttelse ikke er en nødvendighed for opgørelse af kontakten. Hvis en person først er identificeret med et selvmordsforsøg, vil alle efterfølgende kontakter til sekundærsektoren blive talt med, hvorfra forbruget af referencegruppen fratrækkes. Til bestemmelse af merforbruget benyttes Charlson Comorbidity Index, der matcher case- og referencegruppen på køn, alder og somatisk sygelighed. Dette betyder imidlertid, at en opgørelse af merforbruget af psykiatriske kontakter kan være overvurderet, da der ikke er kontrolleret for psykiatrisk sygelighed.

Overordnet set bør resultaterne tolkes med en vis forsigtighed, da der kan være en risiko for omvendt kausalitet, hvor den selvskadende adfærd ikke nødvendigvis er årsagen til de fundne resultater. For eksempel er der en sammenhæng mellem selvmord og psykisk sygdom (12), og adfærden kan være en direkte konsekvens af dårligt psykisk eller fysisk helbred i stedet for det omvendte. Således er det i en undersøgelse af Mortensen et al. blevet vist, at der er en markant overhyppighed af selvmord blandt psykisk syge (13).

Forekomst

I denne rapport opgøres forekomsten som det samlede antal nye tilfælde af både selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Selvom der er flest selvmord blandt mænd, er den samlede incidens størst blandt kvinder. Dette skyldes, at der er flest kontakter til sekundærsektoren på grund af selvmordsforsøg og selvskade blandt kvinder. Kvinder har altså større tilbøjelighed til selvmordsforsøg og selvskade sammenlignet med mænd, mens den omvendte tendens ses for selvmord, hvor der ses flest selvmord blandt mænd i forhold til kvinder.

Morthorst et al. opererer med opdelte mål for forsætlig og sandsynligvis forsætlig selvskade og finder gennemsnitligt for 1994-2011 for forsætlig og sandsynligvis forsætlig selvskade incidensrater på 86,9 og 179,5 per 100.000 samt 130,7 og 259,5 per 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder. De finder desuden, at raten fra 1994 til 2011 for forsætlig selvskade for kvinder er steget fra 137,6 til 152,7 per 100.000 og for sandsynligvis forsætlig fra 186,0 til 303,4 per 100.000. For mænd er raten for forsætlig selvskade faldet fra 95,3 til 78,3 per 100.000, men derimod steget for sandsynligvis forsætlig selvskade fra 132,8 til 199,5 per 100.000 (10).

Tages metodeforskelle i betragtning, blandt andet at vi i nærværende rapport ser på de gennemsnitlige rater i 2010-2012, er ovenstående rater, og raterne i denne rapport på 148 og 165 per 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder, nogenlunde sammenlignelige.

I en spørgeskemaundersøgelse udført af Videncenter om spiseforstyrrelser og selvskade fra 2015 findes det, at der blandt personer i alderen 18-80 år i alt er 11 % af danskerne, der mindst én gang i livet har skadet sig selv med vilje. Denne andel dækker imidlertid over en markant køns- og aldersforskel. Således er andelen blandt kvinder, der har skadet sig selv, tre gange så stor som blandt mænd (16 % mod 5 %). Den største andel, som har erfaring med selvskade, ses med 32 % blandt de 18-25-årige, hvorefter andelen falder med alderen, til 3 % blandt personer på 41 år eller derover (14).

Tal fra Landspatienregisteret (omtalt i Dagens Medicin) viser, at antallet af selvmordsforsøg siden 2011 næsten er halveret, formentlig grundet den mindre tilgængelighed af store håndkøbspakker med smertestillende medicin, der har været receptpligtig siden 2013. På denne måde undgås de mere spontane selvmordsforsøg, som især begås af unge kvinder, der handler i affekt (15).

Forskelle i metoder og definitioner af selvmord og selvskade i litteraturen er medvirkende faktorer til incidensrater af forskellige størrelsesordener. Derfor kan direkte sammenligninger være vanskelige. På trods af dette nævnes nedenfor enkelte internationale studier på området.

Et nationalt studie fra Irland udført i 2012 af Perry et al. er et af de få studier, der ligesom nærværende studie ser på hospitalsbehandlet selvskade. Imidlertid inkluderes selvmord og det, vi kalder for sandsynligvis forsætlig selvskade, ikke. Alligevel findes højere rater end i nærværende rapport med en samlet incidensrate for mænd og kvinder, der fra 2003 til 2006 faldt fra 209 til 184 per 100.000, men igen i 2009 steg til 209 per 100.000 (16).

Haukka et al. undersøger i et landsdækkende finsk studie fra 2008 incidensen af førstegangsselvmordsforsøg, som fører til indlæggelse, og finder en samlet rate for mænd og kvinder på 44 per 100.000 personår i løbet af 1996-2003 (17). De finder desuden en særdeles høj risiko for gentaget selvmordsforsøg, selvmord og død af alle årsager umiddelbart efter indlæggelsen (17).

Flavio et al. finder i et studie i 2013 en gennemsnitlig incidensrate for selvmordsforsøg på 164 per 100.000, og at de højeste rater ses i aldersgruppen 20-24 år blandt kvinder og 30-34 år blandt mænd. Dertil finder de, at kvinder har næsten dobbelt så mange selvmordsforsøg i forhold til mænd, samt at raterne var højest blandt personer med lav uddannelse eller lav beskæftigelse (18).

I en belgisk undersøgelse af Bossuyt og Van Casteren findes via data fra praktiserende læger incidensrater i 1993-1995 og 2000-2001 for selvmordsforsøg på 67 og 71 per 100.000 for mænd og 131 og 141 per 100.000 for kvinder samt for selvmord på 29 og 35 per 100.000 for mænd og 14 og 11 per 100.000 for kvinder (19).

Død

Der er betydelige internationale forskelle i selvmordsrater, som også kommer til udtryk blandt de nordiske lande. Dette kan være grundet vanskeligheder i at afgøre om døds måden er selvmord, ulykke eller usikker.

Et nordisk studie fra 2015 har lavet en revurdering af dødsårsagsdata fra de tre nordiske lande. Der ses på 200 selvmord, 200 ulykker eller udefinerede hændelser samt 200 naturlige dødsfald fra henholdsvis Danmark, Norge og Sverige, hvorefter der laves reklassifikation ud fra dødsattester og obduktionsdata. Det viser sig, at de danske data er mest valide med 92 % over for 87 % og 77 % sikkerhed i selvmordsdata for henholdsvis norske og svenske data. En høj procentdel af de rapporterede selvmord blev desuden bekræftet som værende selvmord, og kun få ulykker og naturlige dødsfald blev revurderet til værende selvmord (20).

Selvmordsraten er i langt de fleste lande højest blandt ældre mennesker over 70 år (4). Ifølge GBD 2013 er dette også tilfældet i Danmark, hvor raten også er høj blandt de 50-54-årige (7). Da der ikke ses på selvmordsrater i denne rapport, er det ikke muligt med en direkte sammenligning, men det ses imidlertid, at antallet er højest blandt de 45-54-årige mænd og kvinder. Globalt set er selvmord den anden mest udbredte dødsårsag blandt unge i alderen 15-29 år (4), og ifølge GBD er selvmord i Danmark den procentvis vægtigste dødsårsag blandt 15-49-årige, som står for 12,9 % af alle dødsfald i 2013 over for en samlet andel på 1,5 % (7).

Når der ses på selvmordsrater, er der ifølge GBD 2013 13,93 døde per 100.000 i Danmark (7), og når der sammenlignes med Vesteuropa ligger Danmark relativt dårligt. Dog ligger Sverige dårligere med 14,98 per 100.000, og Finland ligger endnu dårligere med hele 19,09 døde per 100.000. Af de nordiske lande ligger Norge pæneste med 11,99 per 100.000 (7). Det skal tages in mente, at der er tale om GBD's brug af begrebet *self-harm*, som derfor ikke stemmer helt overens med definitionen af selvmord, selvmordsforsøg og selvskade benyttet i denne rapport.

Sekundærsektor

I denne rapport opgøres sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg) ud fra en direkte optælling af relevante kontakter i Landspatientregisteret. Blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er der årligt 7.800 somatiske indlæggelser og 4.300 somatiske skadestuebesøg. Det svarer til henholdsvis 0,7 % og 0,6 % af alle de respektive somatiske kontakter til sekundærsektoren.

Der findes et mindre antal somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg samt psykiatriske indlæggelser og skadestuebesøg, når selvmordsforsøg og selvskade opgøres ud fra en direkte optælling af relevante diagnosekoder i sekundærsektoren. Samlet set for både mænd og kvinder er der årligt registreret 200 somatiske ambulante hospitalsbesøg, 28 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 99 psykiatriske indlæggelser og 66 psykiatriske skadestuebesøg.

Med en gennemsnitlig opfølgingsperiode på 2,3 år finder en norsk undersøgelse fra 2014 blandt 2.800 voksne, der blev indlagt på en psykiatrisk akutklinik, at personer, som ved denne indlæggelse blev vurderet til at have forsøgt at begå selvmord eller udøvet selvskade, i den efterfølgende opfølgingsperiode havde en øget risiko for somatisk indlæggelse (HR=2,78-4,42) (21). Med brugen af risikoestimer afviger opgørelsesmetoden således fra vores opgørelsesmetode, som er baseret på en direkte optælling af antal somatiske indlæggelser blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, og resultaterne kan derfor ikke sammenlignes direkte. Resultaterne fra den nævnte undersøgelse peger imidlertid i retning af, at der efter et selvmordsforsøg eller selvskadende adfærd ses en stigning i antallet af somatiske indlæggelser blandt de berørte personer.

I en observationskohorte fra England blandt 75.401 personer i alderen 16-64 år blev risikoen for at blive indlagt på grund af selvskade undersøgt blandt personer, som i året inden udskrivning fra indlæggelse på en psykiatrisk afdeling havde udøvet selvskade (22). I undersøgelsen findes en multijusteret relativ risiko for indlæggelse på grund af selvskade på 4,85 i året efter udskrivningen. På grund af forskellige opgørelsesmetoder kan fundene fra denne undersøgelse ikke sammenlignes direkte med vores resultater, men tyder ligesom resultaterne fra den ovennævnte undersøgelse på, at personer, der udøver selvskade, har en forhøjet risiko for efterfølgende somatiske indlæggelser.

Arbejdsmarkedsfravær

Blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er der 170.000 ekstra dage med langvarigt sygefravær og 250 ekstra nytilkendte førtidspensioner, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Dette svarer til 0,9 % af alle dage med langvarigt sygefravær og 1,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

I en svensk kohorte blandt personer, som ved baseline i 1994 var i alderen 16-30 år, sammenlignes på baggrund af en samkøring af registerdata risikoen for henholdsvis langvarigt sygefravær (>90 dage) og førtidspension blandt 5.649 personer, der i løbet af perioden 1992-1994 var indlagt på grund af selvmordsforsøg, i forhold til en aldersmatchet referencegruppe bestående af godt 1,5 millioner personer uden nogen psykiatriske indlæggelser på grund af selvmordsforsøg i perioden 1973-2010 (23). Efter en opfølgingsperiode på 15 år findes multijusteret en relativ risiko for langvarigt sygefravær på 2,16 og for førtidspension på 4,57 blandt personer, der tidligere har forsøgt at begå selvmord, i forhold til personer, der ikke har forsøgt at begå selvmord. På trods af forskellige opgørelsesmetoder, som vanskeliggør en direkte sammenligning af resultaterne, er der således overensstemmelse

mellem disse og vores fund, der begge indikerer, at selvmordsforsøg og/eller selvskade resulterer i ekstra sygedage og ekstra førtidspensioner.

Herudover ser størstedelen af internationale studier, som har undersøgt sammenhængen mellem arbejdsfravær og selvmordsforsøg og selvskade, på risikoen for at begå selvmord eller udøve selvskade blandt personer, som er sygemeldte (24) eller modtager førtidspension (25, 26). Således undersøges den omvendte kausalitet sammenlignet denne rapport's opgørelser, og resultaterne kan derfor ikke sammenlignes. Desuden udgøres studiepopulationerne i de internationale studier typisk af personer med psykiatriske diagnoser, hvilket yderligere vanskeliggør en sammenligning med vores resultater, idet en sådan sygdomskaraktistik ikke er tilgængelig i vores data.

Samfundsøkonomi

Blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade er der årligt omkostninger til sekundærsektoren på 114,3 mio. kr., mens der årligt er meromkostninger til primærsektoren på 15,9 mio. kr., meromkostninger til receptpligtig medicin på 12,0 mio. kr. og endeligt meromkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp på 59,3 mio. kr.

Ekstra omkostninger ved tabt produktion blandt personer, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, er på 3,6 mia. kr. årligt, hvoraf omkostninger på grund af tidlig død udgør størstedelen af omkostningerne med 54 %.

Det har ikke været muligt at finde nyere danske studier for hverken omkostninger til behandling eller produktionsstab relateret til selvmord, selvmordsforsøg og selvskade til sammenligning.

Kønsforskelle

I nærværende rapport ses der nogenlunde lige store incidensrater blandt mænd og kvinder, der har begået selvmord, har forsøgt at begå selvmord eller har skadet sig selv. Imidlertid er der flere selvmord blandt mænd i forhold til kvinder, hvilket medfører flere tabte leveår blandt mænd. Der ses flere indlæggelser og flere skadestuebesøg blandt kvinder, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade, i forhold til mænd, der har forsøgt at begå selvmord eller har udøvet selvskade. Endelig er der blandt kvinder flere ekstra kontakter til alment praktiserende læge, flere sygedage, førtidspensioner samt flere meromkostninger til behandling og pleje. De højeste meromkostninger ved tabt produktion ses imidlertid blandt mænd, hvilket stammer fra et væsentligt højere produktionsstab relateret til tidlig død blandt mænd i forhold til blandt kvinder. Dette stemmer overens med, at det generelt er velkendt, at der er betydeligt flere selvmord blandt mænd end kvinder (12), hvilket ligeledes er afspejlet i resultaterne i denne rapport.

Social ulighed

Social ulighed slår igennem på de fleste byrdemål for selvmord, selvmordsforsøg og selvskade, og der ses ofte en gradient i målene, således at byrden stiger med faldende uddannelsesniveau. Uligheden er mere udtalt for mænd for langt de fleste byrdemål.

7.16 Referencer

1. Brooke EM. Suicide and attempted suicide. *Public Health Pap.* 1974;0(58):5-127.
2. Psykiatrifonden. Sådan hjælper du en selvmordstruet person. 2016 [28-10-2016]. www.psykiatrifonden.dk/p1h/yd-psykisk-foerstehjaelp/krise/selvord/saadan-hjaelper-du-en-selvordstruet-person.aspx.
3. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. Hvad er selvskade? [12-10]. www.lmsos.dk/viden/hvad-er-selvskade/.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: 2014.
5. Helweg-Larsen K, Kjølner M, Juel K, Sundaram V, Laursen B, Kruse M, et al. Selvmord i Danmark: Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
6. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2015 [06-10-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
8. Nordentoft M, Madsen T. [High risk of suicide among psychiatric patients]. *Ugeskr Laeger.* 2011;173(39):2415-8.
9. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: survival in a Danish national cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(9):1481-9.
10. Morthorst BR, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. *Crisis.* 2016:1-9.
11. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(1):49-58.
12. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
13. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet.* 2000;355(9197):9-12.
14. ViOSS. Selvskade i den danske befolkning. København: Videnscenter for Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2015.
15. Dagens Medicin. Selvmordsforsøg er faldet markant. 2016 [29-02-2016]. www.dagensmedicin.dk/nyheder/markant-fald-i-danske-selvordsforsog/.
16. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One.* 2012;7(2):e31663.
17. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol.* 2008;167(10):1155-63.
18. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13759.
19. Bossuyt N, Van Casteren V. Epidemiology of suicide and suicide attempts in Belgium: results from the sentinel network of general practitioners. *Int J Public Health.* 2007;52(3):153-7.
20. Tøllefsen IM, Helweg-Larsen K, Thiblin I, Hem E, Kastrup MC, Nyberg U, et al. Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1800 deaths in Scandinavia. *BMJ Open.* 2015;5(11).

21. Mellesdal L, Kroken RA, Lutro O, Wentzel-Larsen T, Kjelby E, Oedegaard KJ, et al. Self-harm induced somatic admission after discharge from psychiatric hospital - a prospective cohort study. *Eur Psychiatry*. 2014;29(4):246-52.
22. Gunnell D, Hawton K, Ho D, Evans J, O'Connor S, Potokar J, et al. Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *Br Med J*. 2008;337.
23. Niederkrotenthaler T, Tinghog P, Alexanderson K, Dahlin M, Wang M, Beckman K, et al. Future risk of labour market marginalization in young suicide attempters-a population-based prospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2014;43(5):1520-30.
24. Wang M, Alexanderson K, Runeson B, Mittendorfer-Rutz E. Sick-leave measures, socio-demographic factors and health care as risk indicators for suicidal behavior in patients with depressive disorders - a nationwide prospective cohort study in Sweden. *J Affect Disord*. 2015;173:201-10.
25. Rahman S, Alexanderson K, Jokinen J, Mittendorfer-Rutz E. Risk Factors for Suicidal Behaviour in Individuals on Disability Pension Due to Common Mental Disorders - A Nationwide Register-Based Prospective Cohort Study in Sweden. *PLoS One*. 2014;9(5).
26. Rahman SG, Alexanderson K, Jokinen J, Mittendorfer-Rutz E. Disability pension due to common mental disorders and subsequent suicidal behaviour: a population-based prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;6(4).

Sygdomsbyrden i Danmark

ULYKKER, SELVSKADE OG SELVMORD

Denne rapport præsenterer betydningen af ulykker, selvskade og selvmord for folkesundheden i Danmark.

Rapporten beskriver betydningen for bl.a. dødelighed, belastningen af sundhedsvæsenet, konsekvenser for arbejdsmarkedet, samt for de samfundsøkonomiske omkostninger og produktionstab.

Social ulighed i sundhed er undersøgt ved at beskrive, hvad konsekvenserne ville have været, hvis alle borgere havde haft samme adfærdsmønster relateret til de enkelte byrdemål for ulykker, selvskade og selvmord, som de har i gruppen med mellemlang og lang uddannelse.

Rapporten henvender sig til alle, der beskæftiger sig med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse med henblik på prioritering, planlægning, forskning og uddannelse på sundhedsområdet. Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed.