

Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Sundhedsprofil

for Region Hovedstaden og kommuner 2017
– Kronisk sygdom



**Sundhedsprofil for
Region Hovedstaden og kommuner 2017
– Kronisk sygdom**

Titel: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom

Copyright: © 2018 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-970344-2-2

Forfattere: Nanna Borup Johansen
Maja Bülow Lykke
Maj Bekker-Jepesen
Lone Prip Buhelt
Karen Allesøe
Anne Helms Andreasen
Cathrine Juel Lau

Forsidebillede: Mads Jensen/Ritzau Scanpix

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Center for Sundhed, Region Hovedstaden
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

Layout og grafisk produktion: Mercoprint A/S

Publikationen citeres således:

Johansen NB; Lykke MB; Bekker-Jepesen M; Buhelt LP; Allesøe K; Andreasen AH; Lau CJ: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018

Forord

Det er med stor glæde, at vi kan præsentere den fjerde sundhedsprofil for Region Hovedstaden. I denne rapport "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom" præsenteres del to af sundhedsprofilundersøgelsen, og den giver et solidt fundament af viden om kronisk sygdom i Region Hovedstaden.

Rapporten viser, hvor mange mennesker i Region Hovedstaden, som lever med udvalgte kroniske sygdomme, hvordan mennesker, der lever med kronisk sygdom, bruger sundhedsvæsenet samt udviklingen over de seneste 9 år. Denne viden er en forudsætning for at kunne tilrettelægge indsatserne bedst muligt. Det er vigtigt både for den enkelte men også samfundsmæssigt, på grund af de store sundhedsudgifter som kronisk sygdom medfører.

Det er en stor belastning at leve med en eller flere kroniske sygdomme. Mange mennesker med kronisk sygdom og især dem med flere kroniske sygdomme har f.eks. selv angivet, at

de har et dårligt fysisk og mentalt helbred, et højt stressniveau og er meget alene. Det er bekymrende, når rapporten samtidig viser, at de bliver flere og flere. Sammenholdt med den stærke sociale skævhed, der også er i forhold til de fleste kroniske sygdomme, peger det på, at vi skal blive bedre til at tilrettelægge vores behandlings- og rehabiliteringsforløb, så vi i højere grad kommer den enkelte i møde.

Tallene bekræfter os også i, at vi er nødt til at prioritere forebyggelse i endnu højere grad, end vi hidtil har gjort. Det skal vi for at sikre flere gode leveår til mennesker, der bor i Region Hovedstaden, og for at mindske sygdomsbyrden og behandlingsbehovet i sundhedsvæsenet. Det er mit håb, at vi kan bruge den viden bedst muligt til gavn for mennesker i Region Hovedstaden.

Rigtig god fornøjelse.



Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand

Forord

ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
– tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Sundhedsprofilen 2017 er den fjerde sundhedsprofil for Region Hovedstaden og for alle kommuner i regionen. Sundhedsprofilen danner et vigtigt grundlag for kommunernes og regionens politik inden for sundhedsfremme, forebyggelse samt rehabilitering og spiller en vigtig rolle i regionens rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne. Desuden er de gentagne profiler et unikt redskab til at monitorere udviklingen i sundhedsindikatorer såsom sundhedsadfærd, overvægt og mental sundhed samt byrden af kroniske sygdomme over tid. Vi har igen i 2017 valgt at dele sundhedsprofilen i to delrapporter, hvor nærværende rapport tager udgangspunkt i borgere med kronisk sygdom. Denne rapport "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom" beskriver blandt andet forekomsten af forskellige kroniske sygdomme blandt borgere i Region Hovedstaden. Herudover beskrives fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd, forbrug af sundhedsydelse og de udgifter, der er knyttet hertil, blandt borgere med kroniske sygdomme. Rapporten "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer" tager udgangspunkt i hele regionens voksne befolkning og beskriver forekomst og udvikling i forhold til en række udvalgte sundhedsindikatorer.

I nærværende rapport stilles der skarpt på udviklingen fra 2007 til 2016. For en række år præsenteres blandt andet forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom i forskellige befolkningsgrupper, en række sundhedsindikatorer samt forbruget af udvalgte sundhedsydelser blandt borgere med kronisk sygdom. Vi fokuserer endvidere på motivation for adfændsændring og forebyggelsesindsatser over for borgere med kronisk sygdom.

Som i tidligere sundhedsprofiler er der fokus på social ulighed, men i denne rapport er udviklingen i social ulighed også analyseret og beskrevet.

"Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom" er baseret på oplysninger om sygdom og forbrug af sundhedsydelser fra nationale registre, kombineret med spørgeskemaoplysninger om sundhedsadfærd og borgerens selvoplevede helbred. På denne måde udnyttes de unikke muligheder, som vi har i Danmark i forhold til at inddrage de oplysninger, som hver dag indsamles i sundhedssektoren. Disse oplysninger kan være med til at gøre os klogere på, hvordan vi bedst kan forebygge sygdom og indrette sundhedsvæsenet for borgerne i Region Hovedstaden.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse – tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Vi vil gerne sige tak for et godt, engageret og fagligt samarbejde med de kommunale og regionale repræsentanter i referencegruppen og milepælsgruppen for Region Hovedstadens sundhedsprofil. Til sidst skal der rettes en stor tak til de mange borgere, som via deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017", har gjort denne undersøgelse mulig.

Vi glæder os til at følge anvendelsen af profilen i det kommende arbejde i kommuner og region.

God læselyst!

Cathrine Juel Lau
Ph.d., Senior Forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen

Nanna Borup Johansen
Læge, Ph.d., Senior Forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen

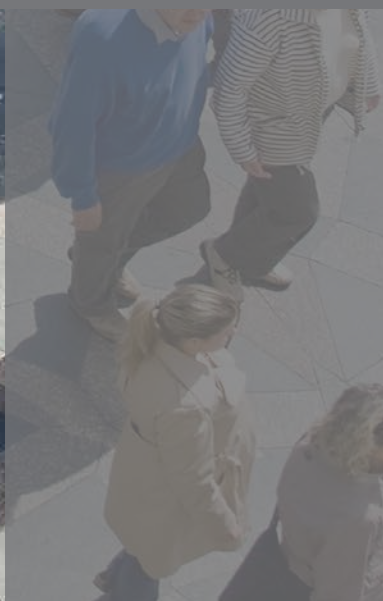
Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Sammenfatning	9
Kapitel 2: Indledning og metode	39
Kapitel 3: Demografi og sociale forhold	53
Kapitel 4: Multisygdom	59
Kapitel 5: Diabetes	71
Kapitel 6: Hjertesygdom	83
Kapitel 7: Apopleksi	95
Kapitel 8: Kronisk obstruktiv lungesygdom	107
Kapitel 9: Astma	119
Kapitel 10: Kræft	131
Kapitel 11: Inflammatorisk ledsygdom	143
Kapitel 12: Knogleskørhed	155
Kapitel 13: Langvarig depression	167
Kapitel 14: Svær psykisk lidelse	179
Kapitel 15: Demens	191
Kapitel 16: Slidgigt	199
Kapitel 17: Rygsygdom	209
Kapitel 18: Allergi	219
Kapitel 19: Hyppig hovedpine eller migræne	227
Kapitel 20: Social ulighed	237
Kapitel 21: Bilag	273



Kapitel 1

Sammenfatning



1 Sammenfatning

"Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017" består af to dele: Én rapport med fokus på risikofaktorer og sundhedsadfærd og én rapport med fokus på borgere med kronisk sygdom. Nærværende rapport har fokus på borgere med kronisk sygdom.

I denne rapport behandles 15 udvalgte kroniske sygdomme samt multisygdom. 11 af sygdommene samt multisygdom er defineret på baggrund af registerdata. Det gælder diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig depression, svær psykisk lidelse og demens. Fire af sygdommene er defineret på baggrund af spørgeskemadata fra undersøgelsen "Hvordan har du det? 2017". Det gælder slidgigt, rygsygdom, allergi og hyppig hovedpine eller migræne.

For sygdommene baseret på registerdata er det muligt at vise forekomst, nye sygdomstilfælde, forekomst af andre samtidige kroniske sygdomme, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer, motivation for adfærdsændring, forebyggelse, kontakter til sundhedsvæsenet samt udgifter forbundet med behandling i sundhedsvæsenet. For de fire sygdomme, som er baseret på spørgeskemadata er det ikke muligt, at vise forekomst af nye sygdomstilfælde, da tidspunktet for konstatering af sygdommen ikke kendes. Det er heller ikke muligt, at vise kontakter til sundhedsvæsenet og behandlingsudgifter for disse fire sygdomme, da information herom ikke er fra samme år som information om forekomst af disse sygdomme.

For sygdomme baseret på registerdata vises forekomst af den kroniske sygdom og samtidige kroniske sygdomme for 2007, 2010, 2013 og 2016. Forekomsten det givne år er altid opgjort på datoen 1. januar. For sygdomme baseret på spørgeskemadata vises forekomsten for 2010, 2013 og 2017. Spørgeskemadata er indsamlet fra februar til maj de pågældende år.

For alle sygdomme vises forekomst af fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt motivation for adfærdsændring over tid for perioden 2010 til 2017. Dog fraset demens, hvor der ikke er nok personer, som har besvaret spørgeskemaet. Opgørelser vedrørende forebyggelse vises for perioden 2013 til 2017, da der ikke foreligger data fra 2010.

Med hensyn til nye sygdomstilfælde, kontakter til sundhedsvæsenet samt udgifter forbundet med behandling i sundhedsvæsenet, vises dette fra 1. januar 2007 til 31. december 2015.

Årsagen til, at data fra 2016 (perioden 2. januar til 31. december) ikke anvendes, hverken i forekomst af kronisk sygdom, kontakter eller behandlingsudgifter, skyldes implementeringen af Sundhedsplatformen i 2016 i Region Hovedstaden, hvilket har påvirket registreringspraksis og dermed de indberettede data til de centrale registre.

I denne sammenfatning beskrives forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme, fysisk og mentalt helbred, sundhedsadfærd og risikofaktorer for forværring af sygdom, motivation for adfærdsændring og forebyggelse, kontakter til sundhedsvæsenet og udgifter forbundet hermed samt social ulighed i forekomst af kronisk sygdom.

1.1 Forekomst af kroniske sygdomme

I 2016 har 26,9 % af borgere i Region Hovedstaden på 16 år eller derover én eller flere af 11 udvalgte kroniske sygdomme (defineret på registerdata) (Figur 1.1a). Forekomsten af én kronisk sygdom er 19,1 %, mens forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er 2,3 %. For sygdomme baseret på registerdata ses de højeste forekomster for KOL, diabetes og astma, og de laveste for apopleksi, inflammatorisk ledsygdom og knogleskørhed.

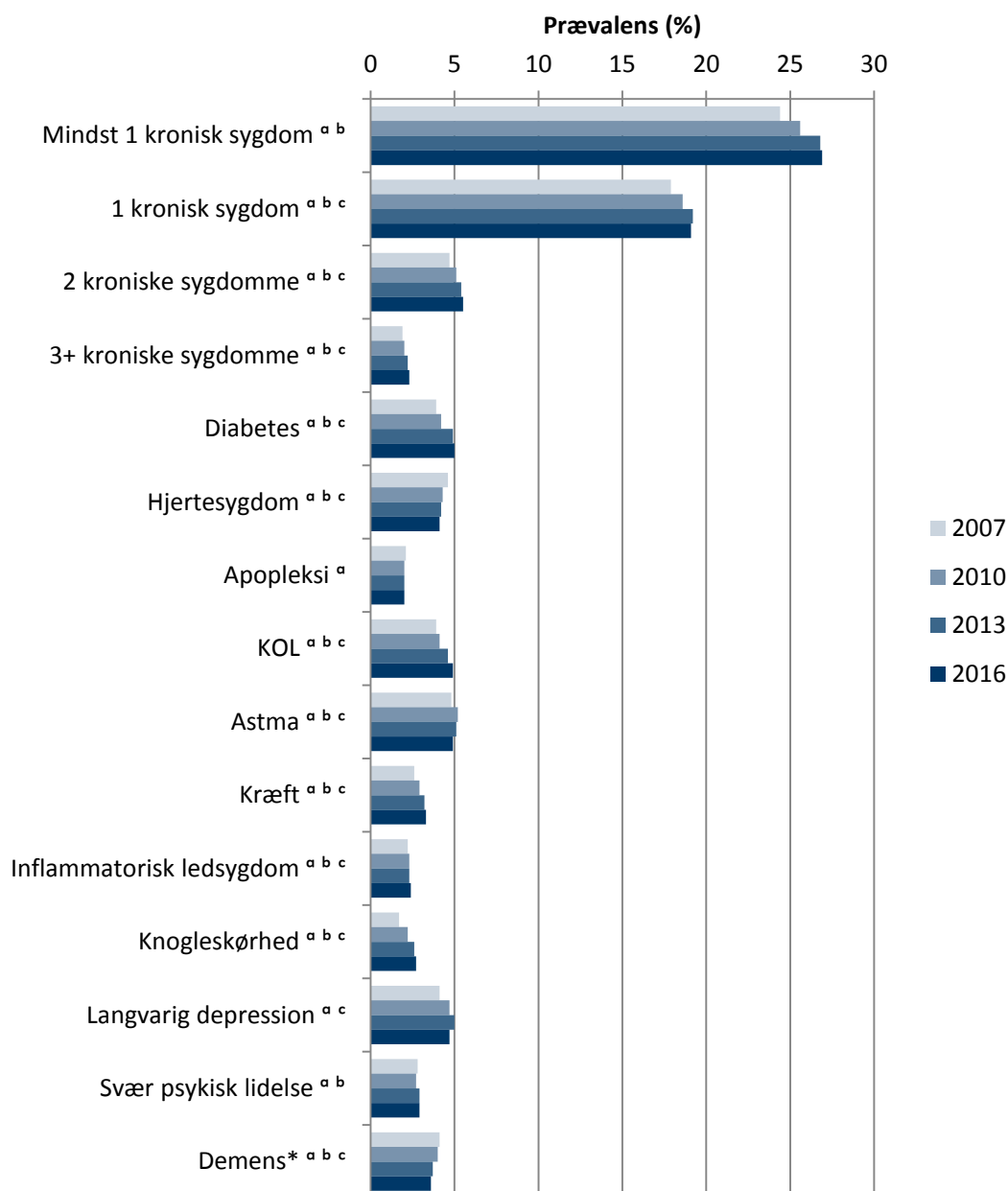
Fra 2007 til 2016 er forekomsten af mindst én kronisk sygdom steget fra 24,4 % til 26,9 % (Figur 1.1a). I samme periode er forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme steget fra 1,9 % til 2,3 %. Den største stigning i forekomsten af kronisk sygdom ses for diabetes, og blandt de sygdomme, hvor

forekomsten omvendt er faldet, ses de største fald for demens og hjertesygdom.

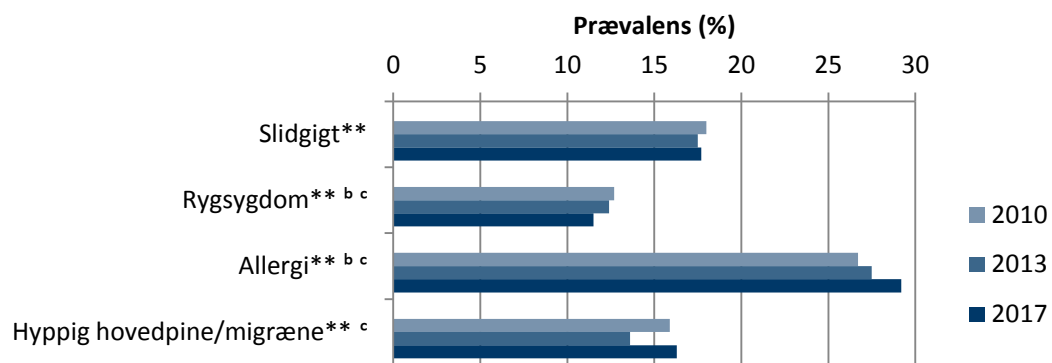
For sygdomme baseret på spørgeskemadata i 2017 ses den højeste forekomst af kronisk sygdom for allergi og den laveste forekomst for rygsygdom (Figur 1.1b). Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af allergi og et fald i forekomsten af rygsygdom.

Ved kombination af de 11 sygdomme baseret på registerdata og de 4 sygdomme baseret på spørgeskemadata er forekomsten af mindst én kronisk sygdom 60,2 % og tre eller flere kroniske sygdomme 12,1 %.

Figur 1.1a Forekomst af 11 kroniske sygdomme samt multisygdom i Region Hovedstaden 1. januar 2007, 2010, 2013 og 2016 (registerdata)



Figur 1.1b Forekomst af 4 kroniske sygdomme i Region Hovedstaden 1. januar 2010, 2013 og 2017 (spørgeskemadata)



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2016 (2017 for sygdomme baseret på spørgeskemadata)

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2016 (2017 for sygdomme baseret på spørgeskemadata)

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

** Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema opgøres for 2010, 2013 og 2017. Disse sygdomme er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme.

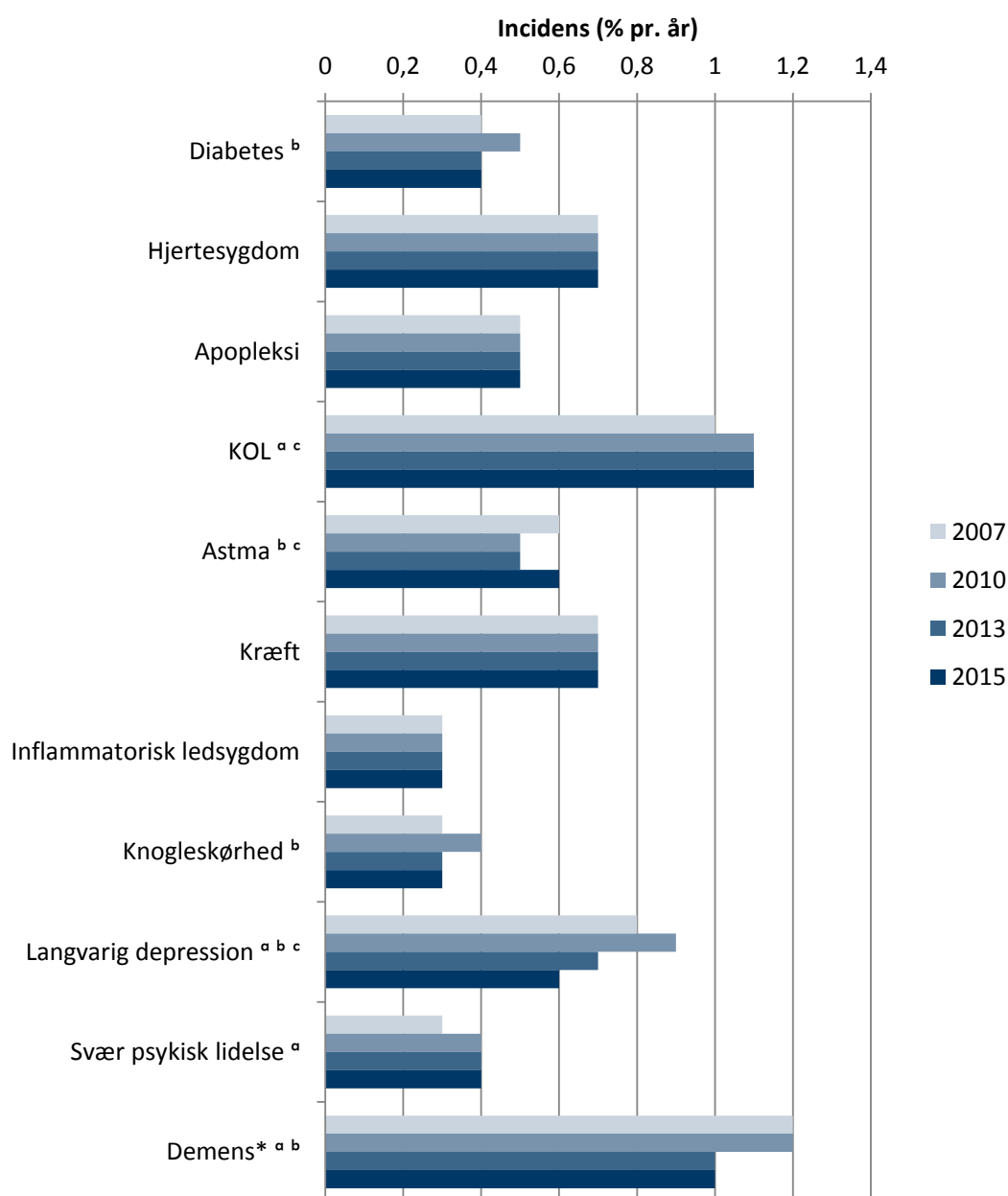
1.2 Nye tilfælde af kronisk sygdom

I løbet af 2015 har 1,1 % af borgerne i Region Hovedstaden, svarende til 15.300 personer, fået konstateret KOL, mens kun 0,3 %, svarende til cirka 4.500 personer, har fået konstateret knogleskørhed eller inflammatorisk ledsygdom (Figur 1.2).

med KOL ses der dog en stigning fra 1,0 % i 2007 til 1,1 % i 2015, og for borgere med svær psykisk lidelse ses en stigning fra 0,3 % i 2007 til 0,4 % i 2015. Omvendt ses et fald i nye tilfælde af demens og langvarig depression fra 2007 til 2015.

Andelen af nye sygdomstilfælde for de enkelte sygdomme i løbet af 2015 er stort set uændret i forhold til 2007. For borgere

Figur 1.2 Nye tilfælde af kronisk sygdom i Region Hovedstaden i løbet af 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

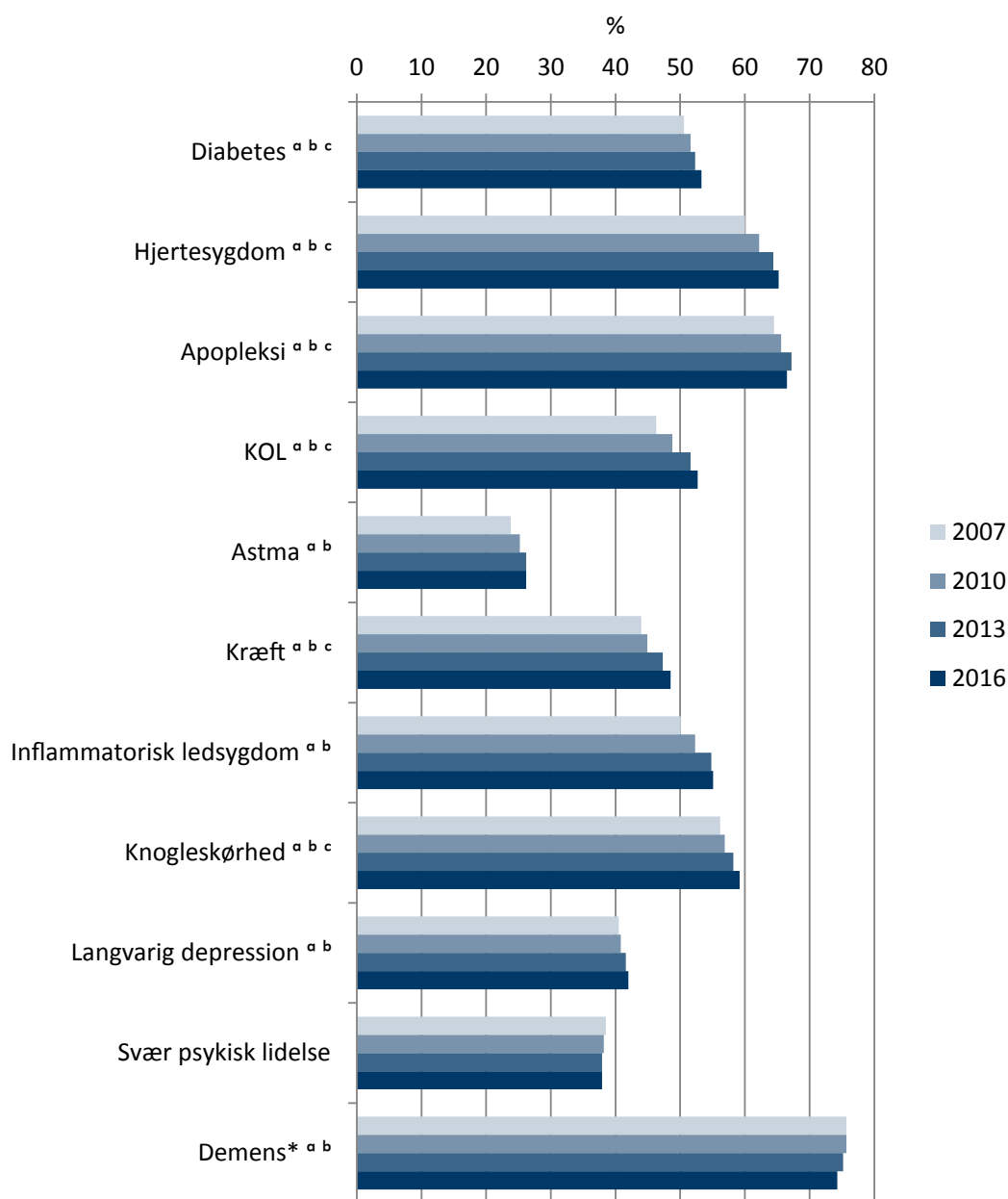
1.3 Forekomst af andre samtidige kroniske sygdomme

Borgere med kronisk sygdom har ofte flere samtidige kroniske sygdomme. Således ses det i 2016, at mere end halvdelen af borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed eller demens også har én eller flere andre kroniske sygdomme, hvoraf den største forekomst ses blandt borgere med demens (Figur 1.3).

Andelen med én eller flere samtidige kroniske sygdomme er for de fleste kroniske sygdomme steget fra 2007 til 2016. De største

stigninger ses for KOL og hjertesygdom, hvor forekomsten af andre kroniske sygdomme er steget fra henholdsvis 46,3 % i 2007 til 52,7 % i 2016 blandt borgere med KOL og fra 60 % i 2007 til 65,2 % i 2016 blandt borgere med hjertesygdom. Omvendt er andelen med én eller flere andre kroniske sygdomme faldet for borgere med demens mens andelen er uændret for borgere med svær psykisk lidelse.

Figur 1.3 Forekomst af andre samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden 1. januar 2007, 2010, 2013 og 2016



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

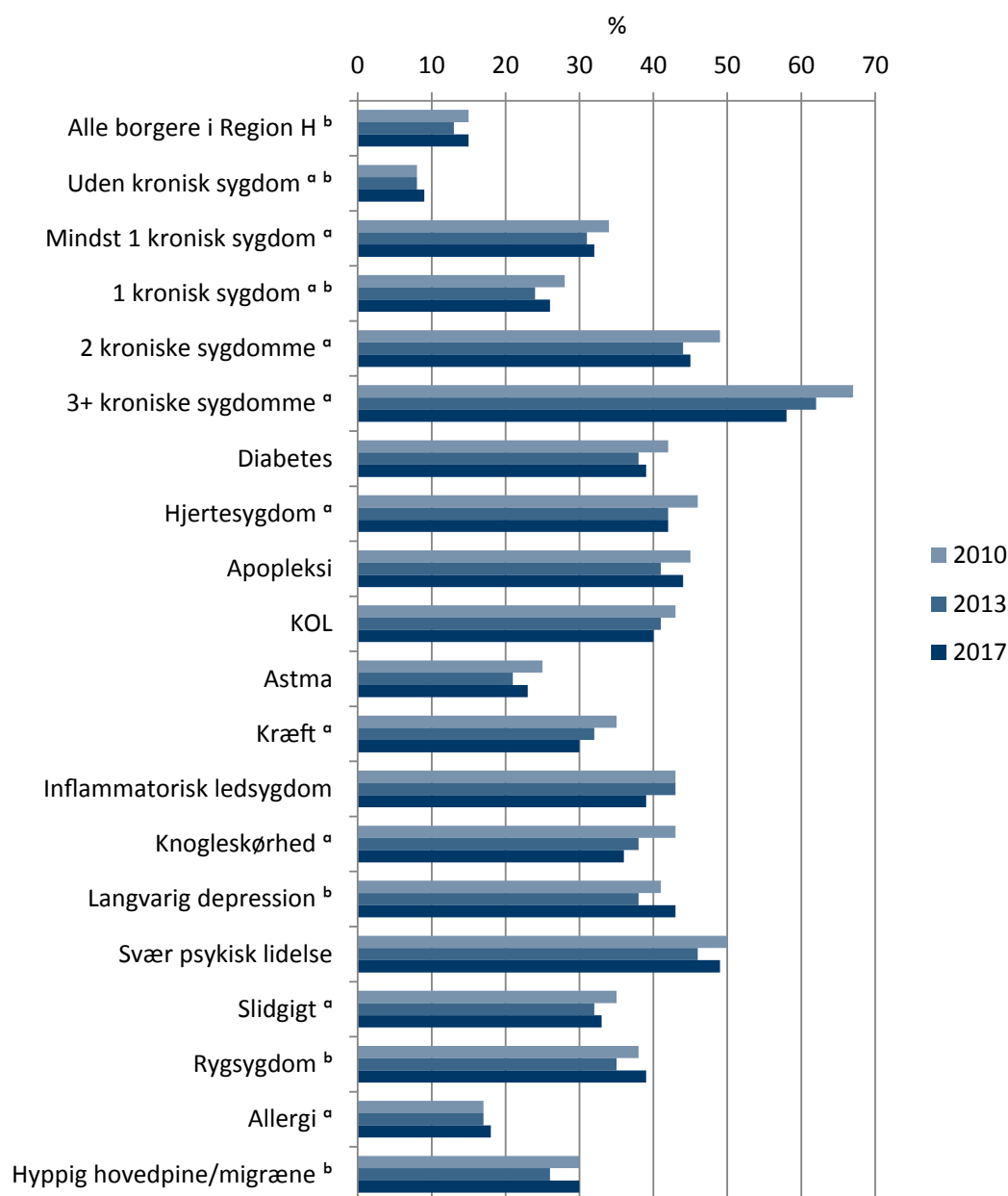
1.4 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 32 %, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, hvilket er en cirka dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.4). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten fire gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt borgere med svær psykisk lidelse, apopleksi og langvarig depression, mens de laveste forekomster

ses blandt borgere med allergi, astma, hyppig hovedpine eller migræne og kræft.

Fra 2010 til 2017 ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred for flere af sygdomsgrupperne. De største fald er sket blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, knogleskørhed og kræft, hvorimod den største stigning er sket for borgere med langvarig depression.

Figur 1.4 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

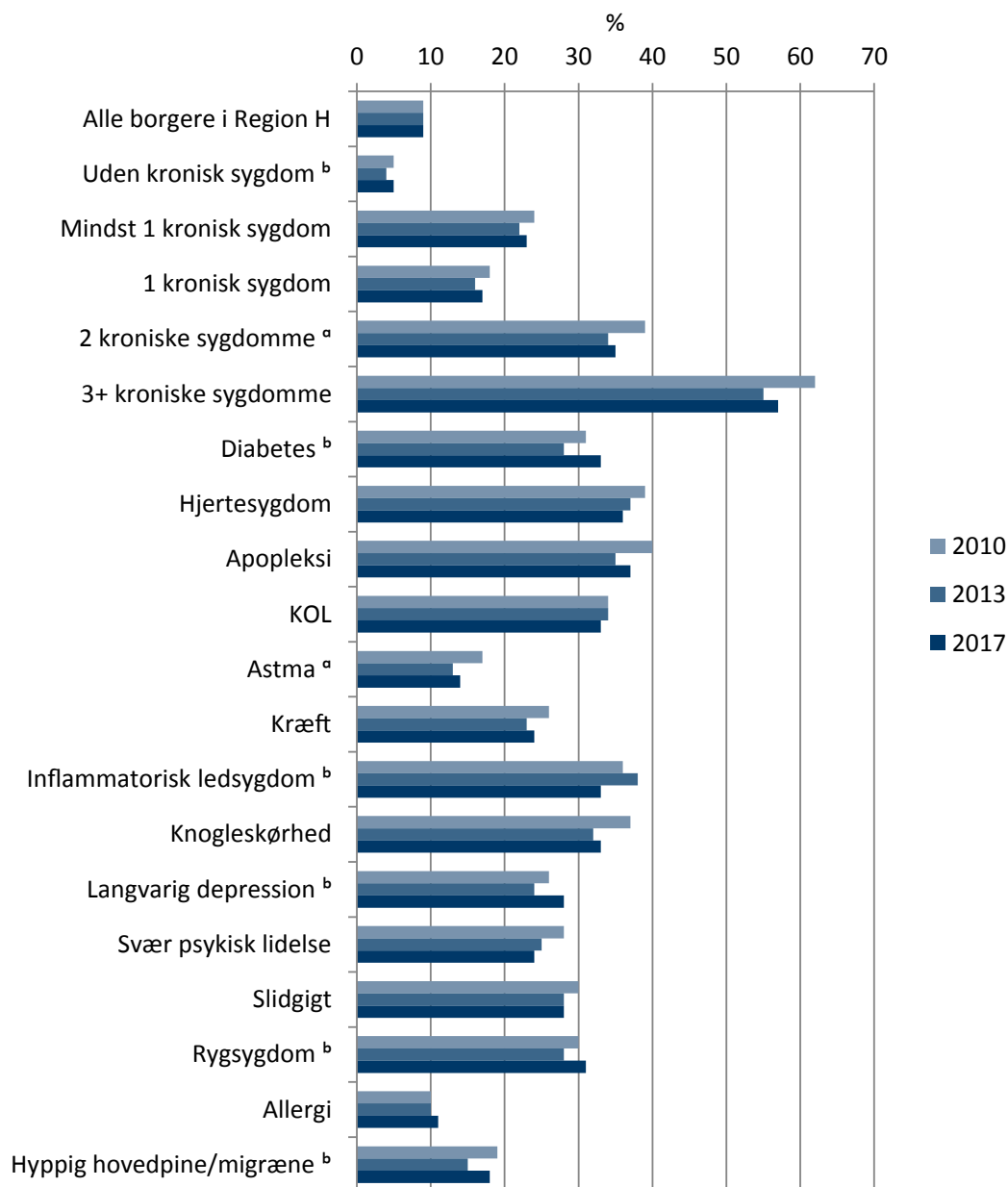
1.5 Dårligt fysisk helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 23 %, som har dårligt fysisk helbred, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.5). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten mere end seks gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af dårligt fysisk helbred blandt borgere med apopleksi, hjertesygdom, knogleskørhed, inflammatorisk ledsygdom, KOL og diabetes, mens de laveste forekomster ses

blandt borgere med allergi, astma eller hyppig hovedpine eller migræne.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant ændring i forekomsten af dårligt fysisk helbred for enkelte af sygdomsgrupperne. Dette gør sig gældende blandt borgere med to kroniske sygdomme og for astma, hvor der er sket et fald i forekomsten af dårligt fysisk helbred.

Figur 1.5 Dårligt fysisk helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

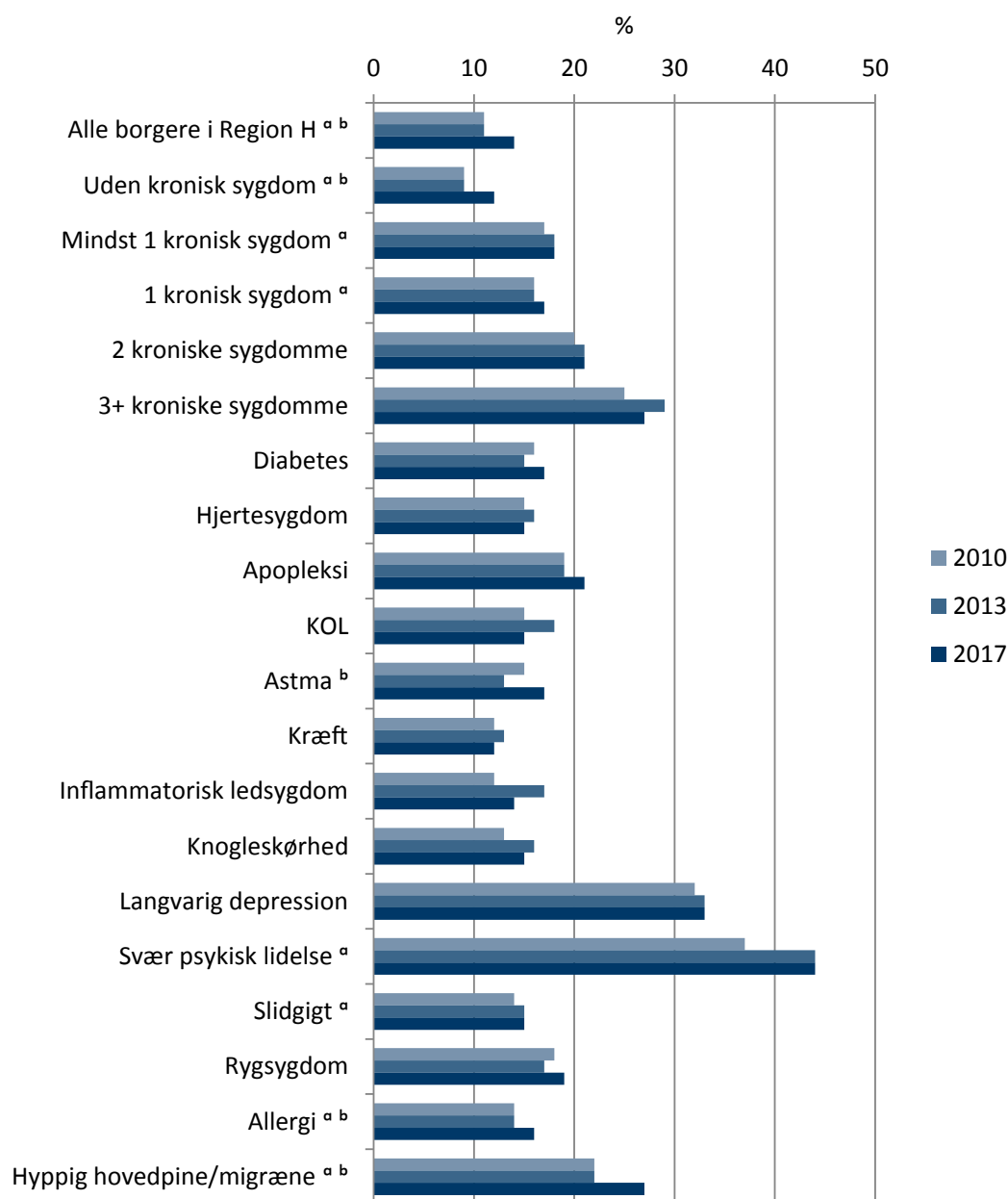
1.6 Dårligt mentalt helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 18 %, som har dårligt mentalt helbred, hvorimod forekomsten er 14 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.6). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor som blandt alle borgere i regionen, hvilket også gælder blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. Blandt borgere med langvarig depression eller svær psykisk lidelse er forekomsten mere end dobbelt så stor. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af dårligt mentalt helbred også blandt borgere med de nævnte sygdom-

me. De laveste forekomster ses blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, slidgigt, KOL eller hjertesygdom.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af dårligt mentalt helbred for flere af sygdomsgrupperne, foreneligt med stigningen blandt alle borgere i regionen. Den største stigning ses blandt borgere med svær psykisk lidelse og blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. For ingen af sygdomsgrupperne ses et statistisk signifikant fald.

Figur 1.6 Dårligt mentalt helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

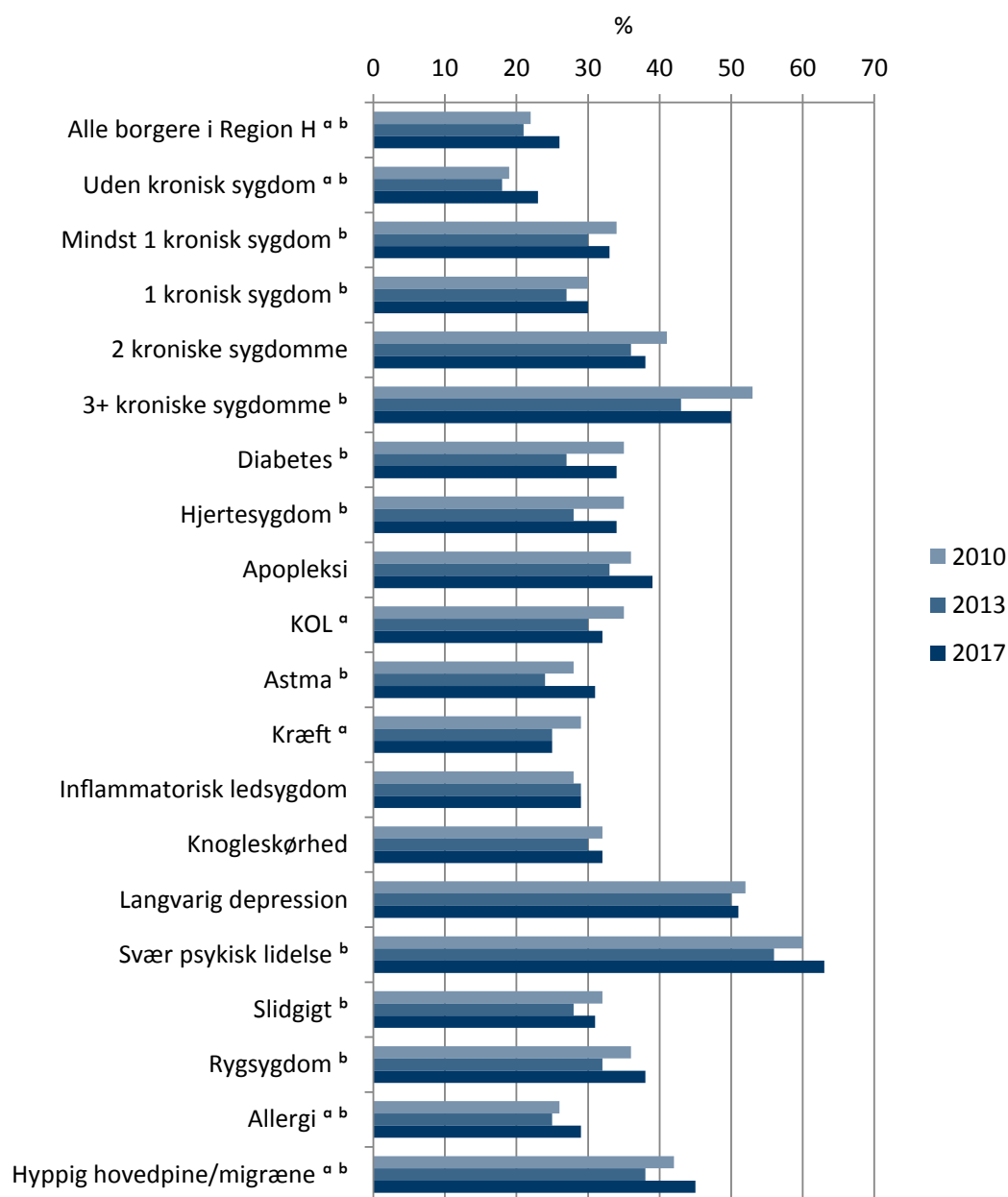
1.7 Højt stressniveau

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 33 %, som har højt stressniveau, hvorimod forekomsten er 26 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.7). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er to til tre gange så stor blandt borgere med langvarig depression eller svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af højt stressniveau blandt borgere med de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne.

De laveste forekomster ses blandt borgere med kræft, allergi eller inflammatorisk ledsygdom.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant ændring i forekomsten af højt stressniveau for enkelte af sygdomsgrupperne. Den største stigning ses blandt borgere med allergi eller hyppig hovedpine eller migræne, mens det kun er blandt borgere med KOL eller kræft, at der ses et fald i forekomsten af højt stressniveau.

Figur 1.7 Højt stressniveau i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

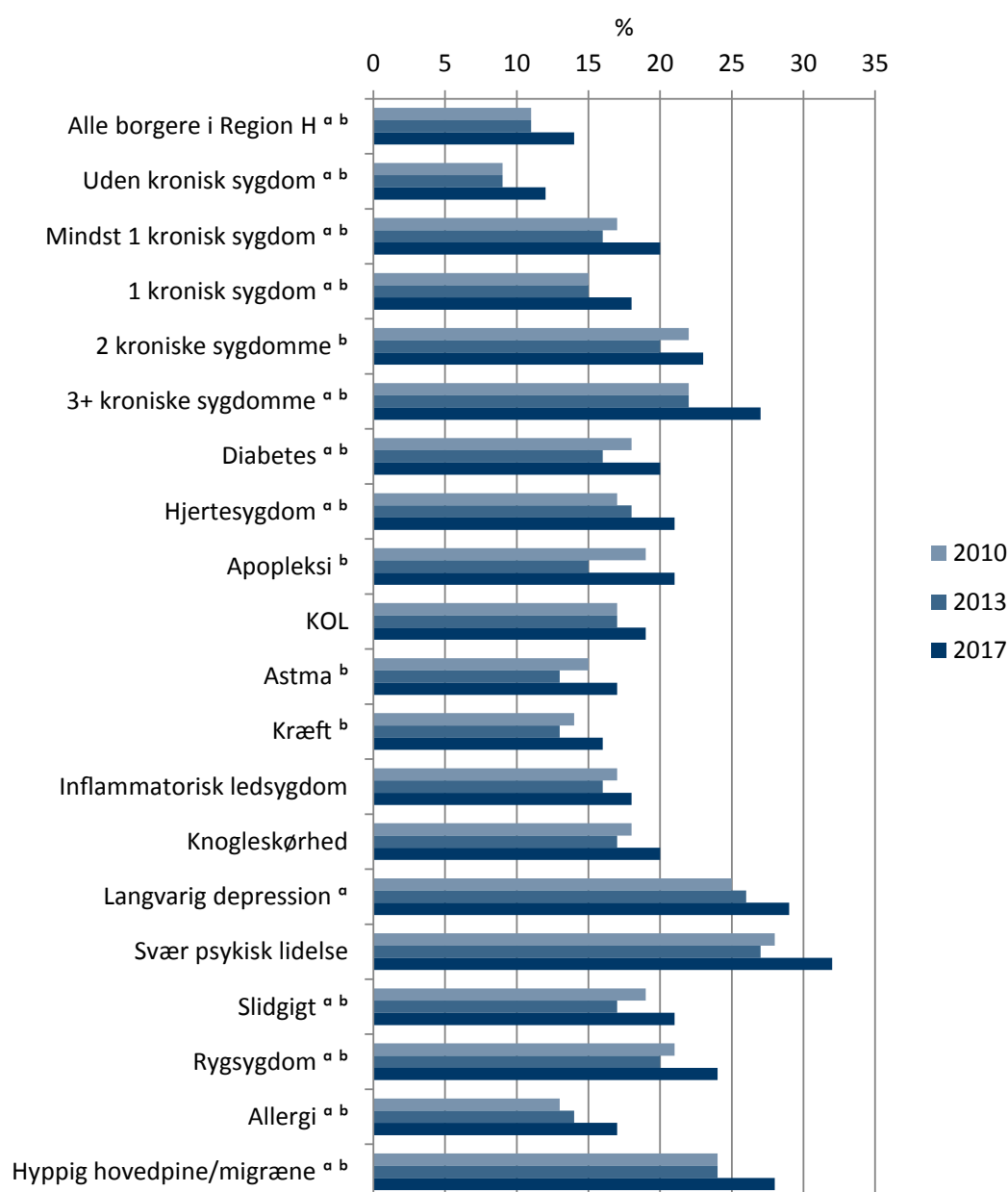
1.8 Søvnbesvær og/eller søvnproblemer

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 20 %, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer (herefter: søvnproblemer), hvorimod forekomsten er 14 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.8). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er to til tre gange så stor blandt borgere med langvarig depression, svær psykisk lidelse eller hyppig hovedpine eller migræne. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af søvnproblemer også blandt borgere med

disse sygdomme. De laveste forekomster ses blandt borgere med kræft, allergi eller astma.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af søvnproblemer i størstedelen af sygdomsgrupperne, foreneligt med stigningen blandt alle borgere i regionen. Den største stigning er sket blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. For ingen af sygdomsgrupperne ses et statistisk signifikant fald.

Figur 1.8 Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

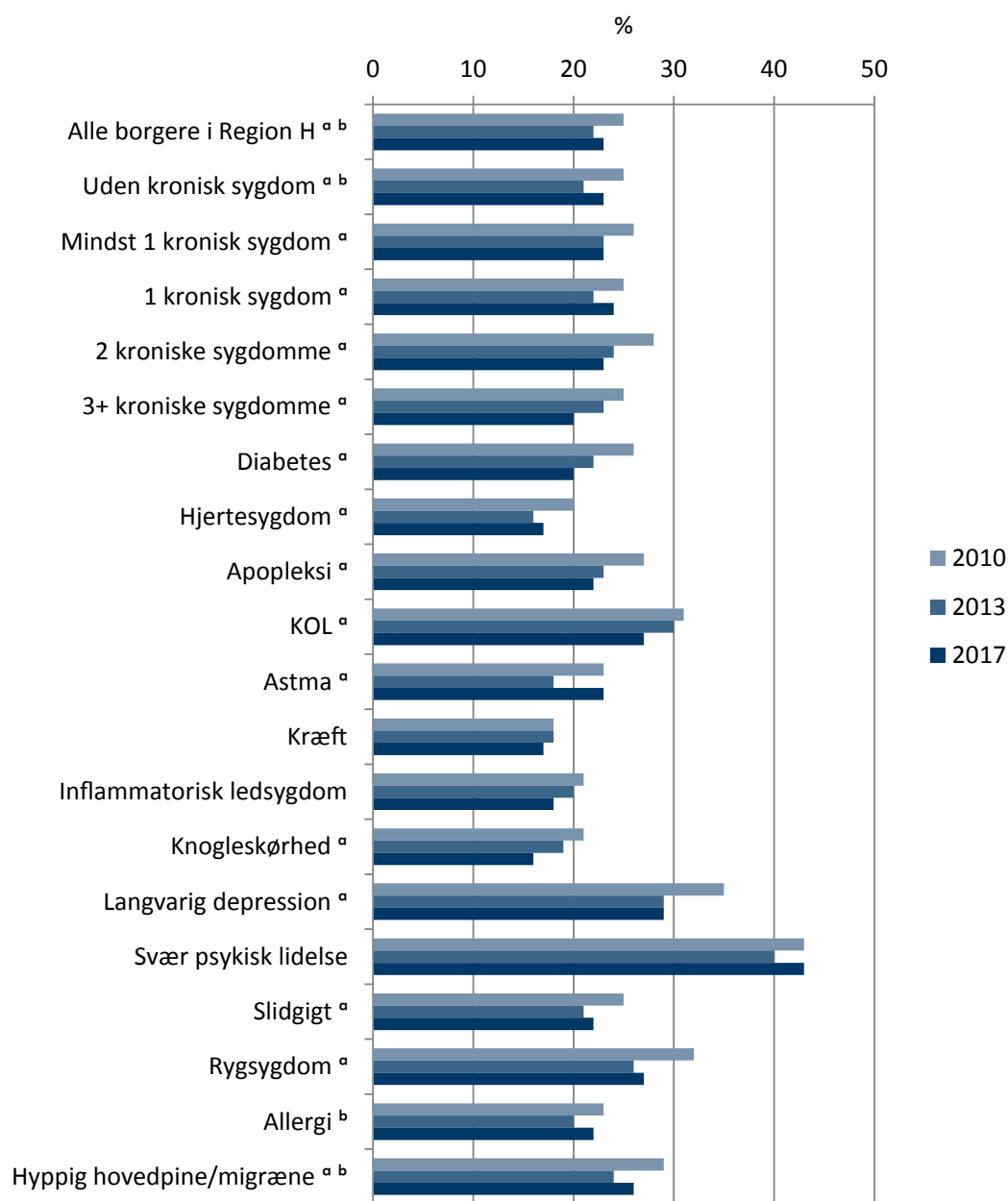
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.9 Rygning

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 23 % rygere (dagligrygere eller lejlighedsvis rygere), hvilket er lig forekomsten af rygning blandt alle borgere i regionen (Figur 1.9). I modsætning hertil er forekomsten af rygning blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme 20 % og er således lavere sammenlignet med alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af rygning blandt borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression, KOL eller ryggsygdom, mens de laveste forekomster ses blandt borgere med knogleskørhed, kræft eller hjertesygdom.

Fra 2010 til 2017 ses overordnet et statistisk signifikant fald i forekomsten af rygning for størstedelen af sygdomsgrupperne, foreneligt med faldet blandt alle borgere i regionen. Det største fald er sket blandt borgere med langvarig depression, diabetes, ryggsygdom, knogleskørhed, apopleksi og blandt borgere med 2 kroniske sygdomme. For ingen af sygdomsgrupperne ses en stigning i forekomsten af rygning.

Figur 1.9 Rygning i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

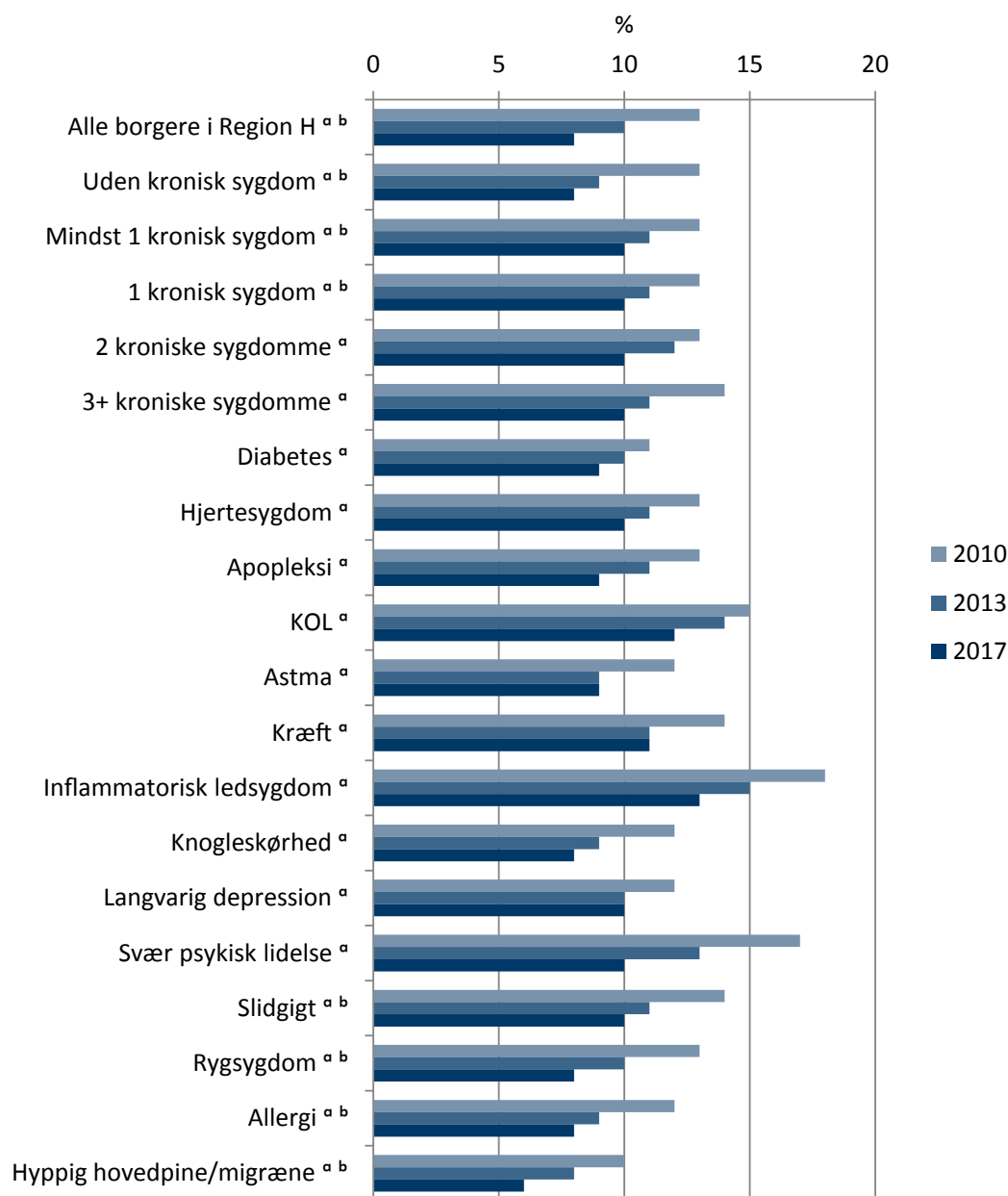
1.10 Storforbrug af alkohol

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 10 %, som har et storforbrug af alkohol (Figur 1.10). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten af storforbrug af alkohol ligeledes 10 %. Til sammenligning har 8 % af alle regionens borgere et storforbrug af alkohol. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af storforbrug af alkohol blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, KOL eller kræft, mens de laveste forekomster ses blandt borgere med

hyppig hovedpine eller migræne, allergi, knogleskørhed eller rygsygdom.

Fra 2010 til 2017 ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af storforbrug af alkohol i alle sygdomsgrupper, foreneligt med faldet blandt alle borgere i regionen. Det største fald er sket blandt borgere med svær psykisk lidelse, rygsygdom eller inflammatorisk ledsygdom.

Figur 1.10 Storforbrug af alkohol i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

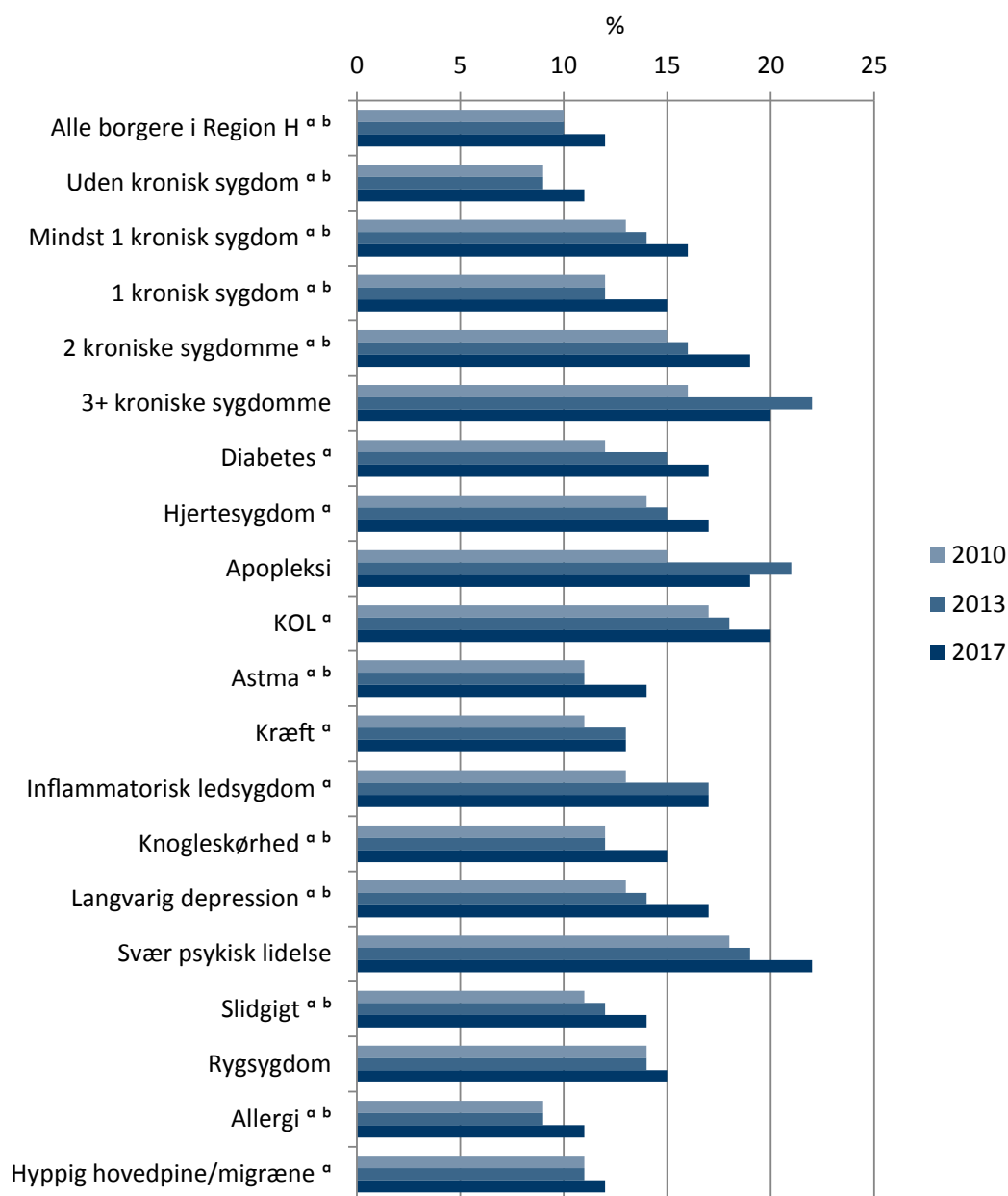
1.11 Usundt kostmønster

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 16 %, som har et usundt kostmønster, hvorimod forekomsten er 12 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.11). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, hvilket også gælder for borgere med KOL og svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af usundt kostmønster blandt borgere med de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med apopleksi. De laveste forekom-

ster ses derimod blandt borgere med allergi, kræft eller hyppig hovedpine eller migræne.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af usundt kostmønster for størstedelen af sygdomsgrupperne, foreneligt med stigningen blandt alle borgere i regionen. Den største stigning er sket blandt borgere med diabetes, inflammatorisk ledsygdom, langvarig depression eller to kroniske sygdomme. For ingen af sygdomsgrupperne ses et fald i forekomsten af usundt kostmønster.

Figur 1.11 Usundt kostmønster i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

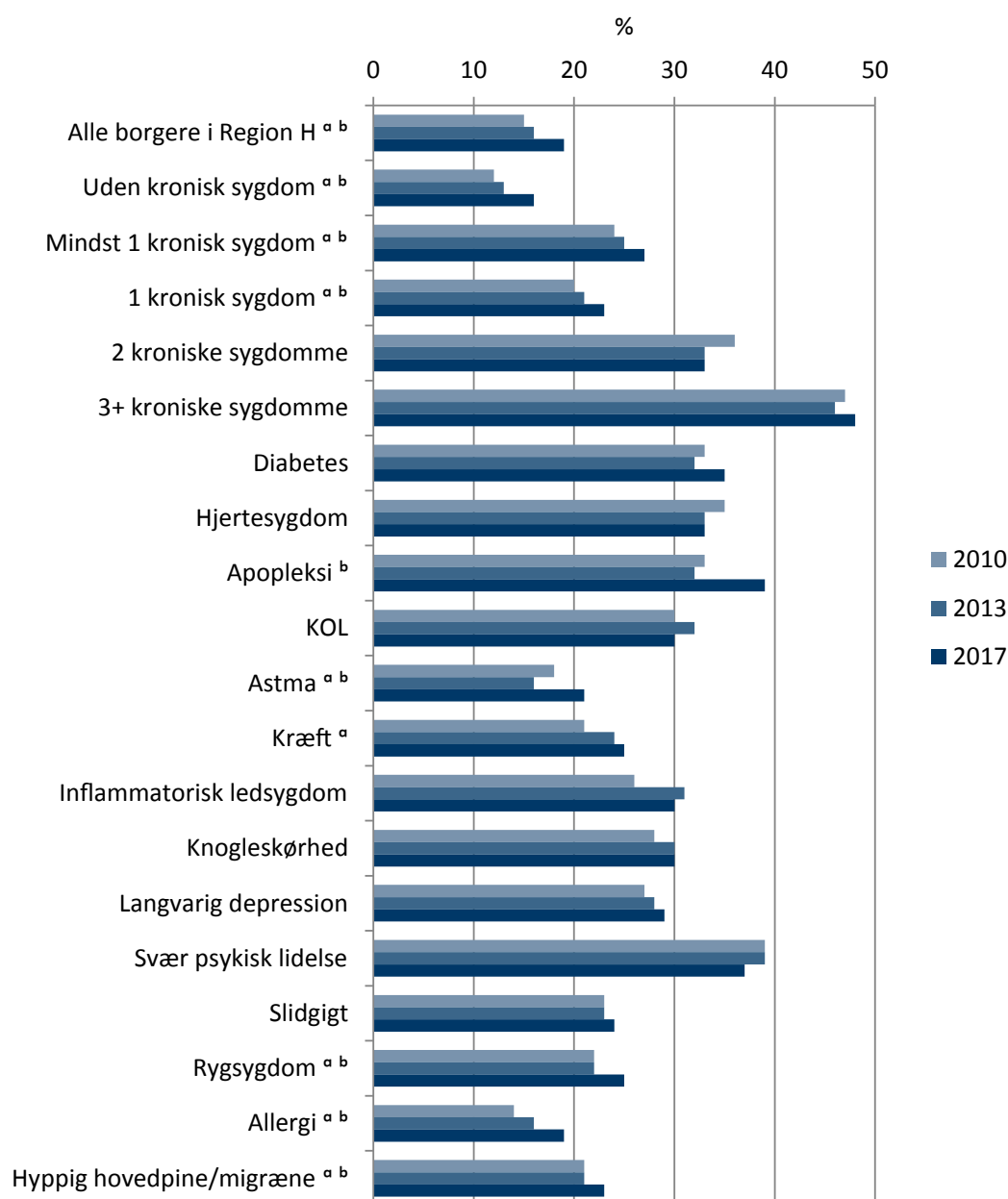
1.12 Lav fysisk aktivitet

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 27 %, som har et lavt fysisk aktivitetsniveau, dvs. som primært har stillesiddende aktiviteter i fritiden. Forekomsten er 19 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.12). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten mere end dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af lav fysisk aktivitet blandt borgere med apopleksi, svær psykisk lidelse

eller diabetes, mens de laveste forekomster ses blandt borgere med allergi, astma eller hyppig hovedpine eller migræne.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af lav fysisk aktivitet for en del af sygdomsgrupperne, foreneligt med stigningen blandt alle borgere i regionen. Den største stigning ses blandt borgere med allergi eller kræft. For ingen af sygdomsgrupperne ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af lav fysisk aktivitet.

Figur 1.12 Lav fysisk aktivitet i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

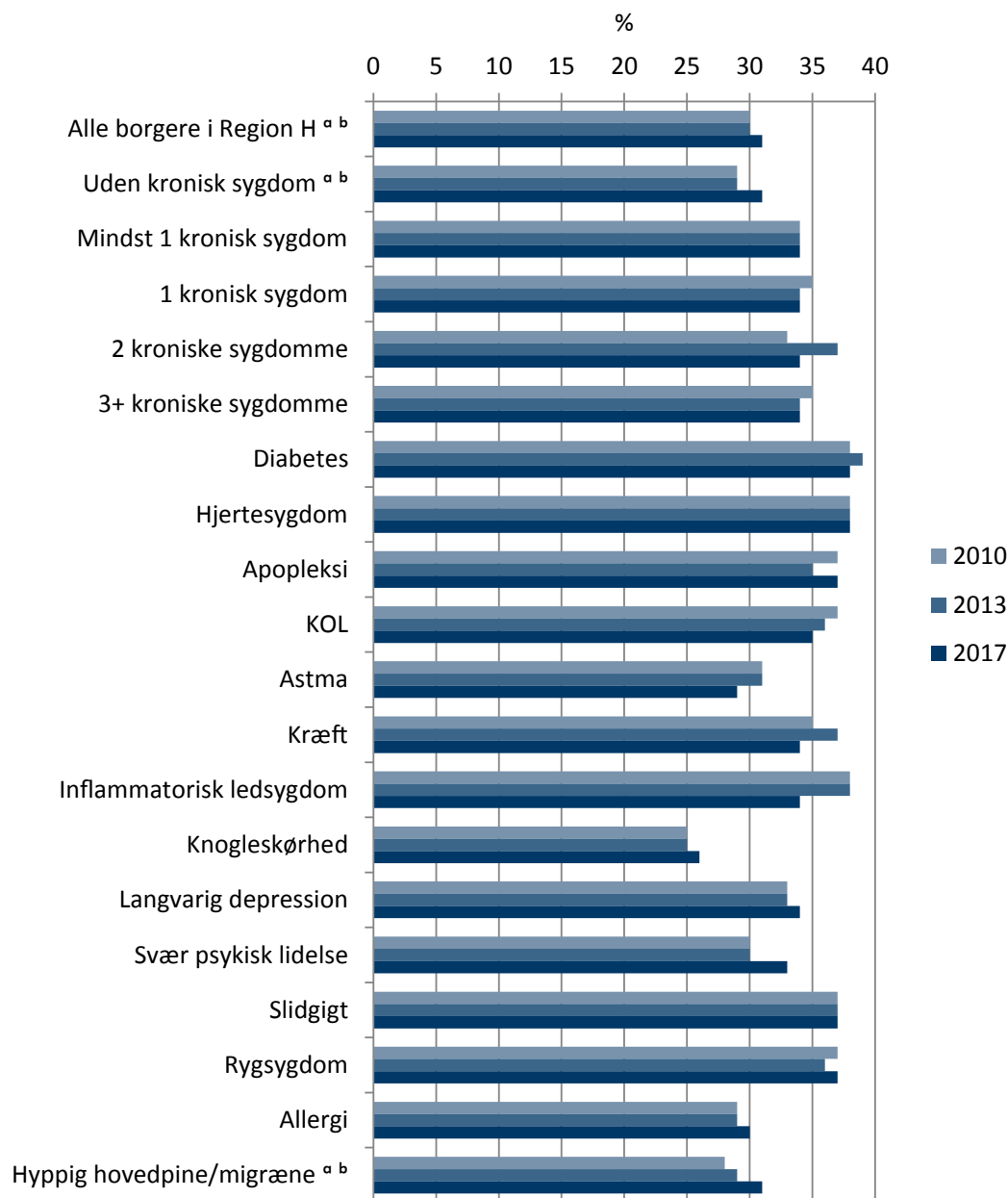
1.13 Moderat overvægt

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 34 %, som er moderat overvægtige (Figur 1.13). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten af moderat overvægt ligeledes 34 %. Til sammenligning er denne forekomst 31 % blandt alle regionens borgere. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af moderat overvægt blandt borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi, slidgigt

eller rygsygdom, mens de laveste forekomster ses blandt borgere med knogleskørhed, astma eller allergi.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af moderat overvægt blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne, mens der i ingen af grupperne ses et statistisk signifikant fald.

Figur 1.13 Moderat overvægt i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.14 Svær overvægt

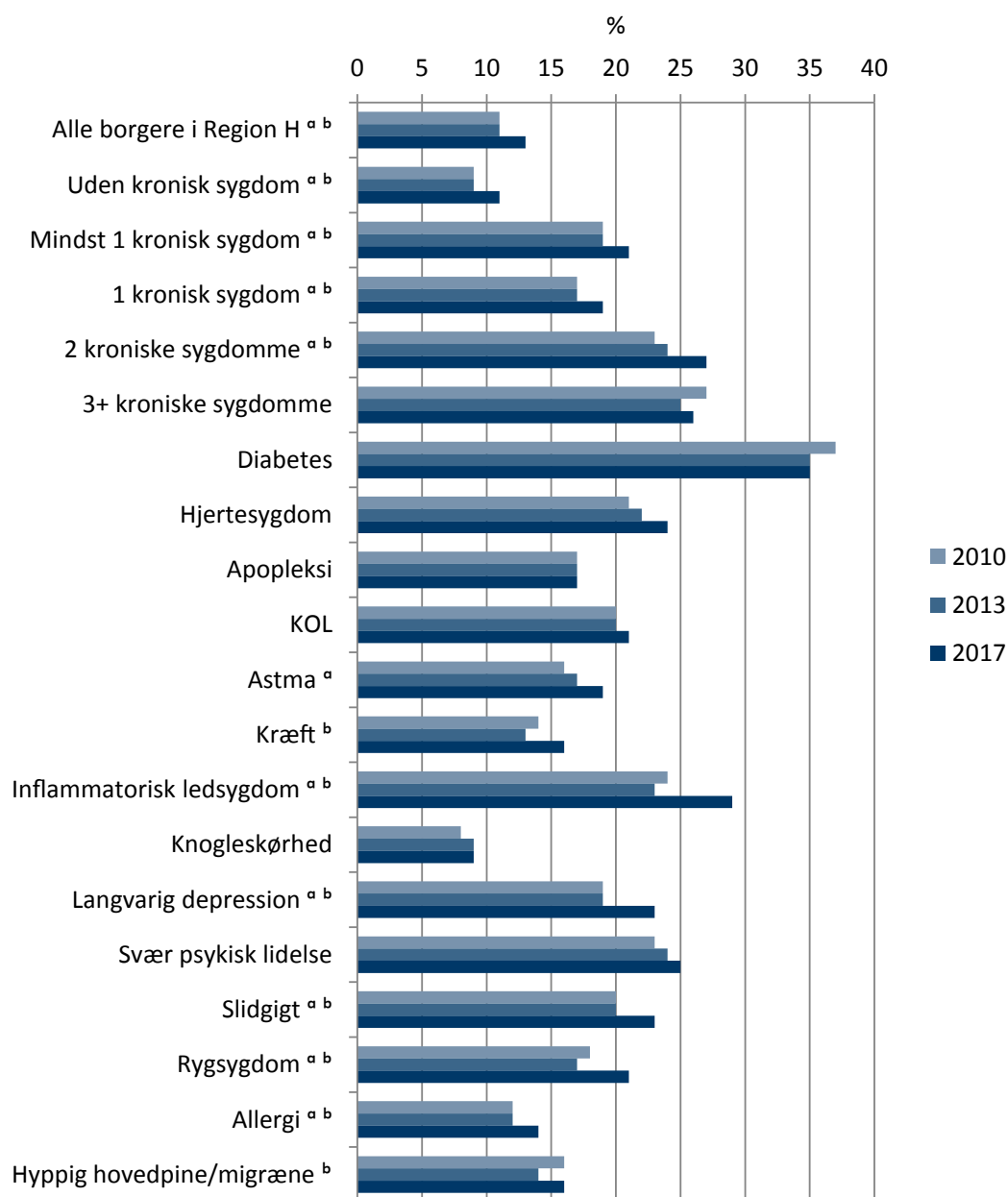
I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 21 %, som er svært overvægtige, hvorimod forekomsten af svært overvægt er 13 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.14).

Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er mere end dobbelt så stor blandt borgere med diabetes eller inflammatorisk ledsygdom. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster blandt de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med svær psykisk

lidelse. De laveste forekomster ses blandt borgere med knogleskørhed, allergi, kræft eller hyppig hovedpine eller migræne.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af svært overvægt for flere af sygdomsgrupperne, foreneligt med stigningen blandt alle borgere i regionen. Den største stigning ses blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom eller langvarig depression og blandt borgere med 2 kroniske sygdomme. For ingen af sygdomsgrupperne ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af svært overvægt.

Figur 1.14 Svær overvægt i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

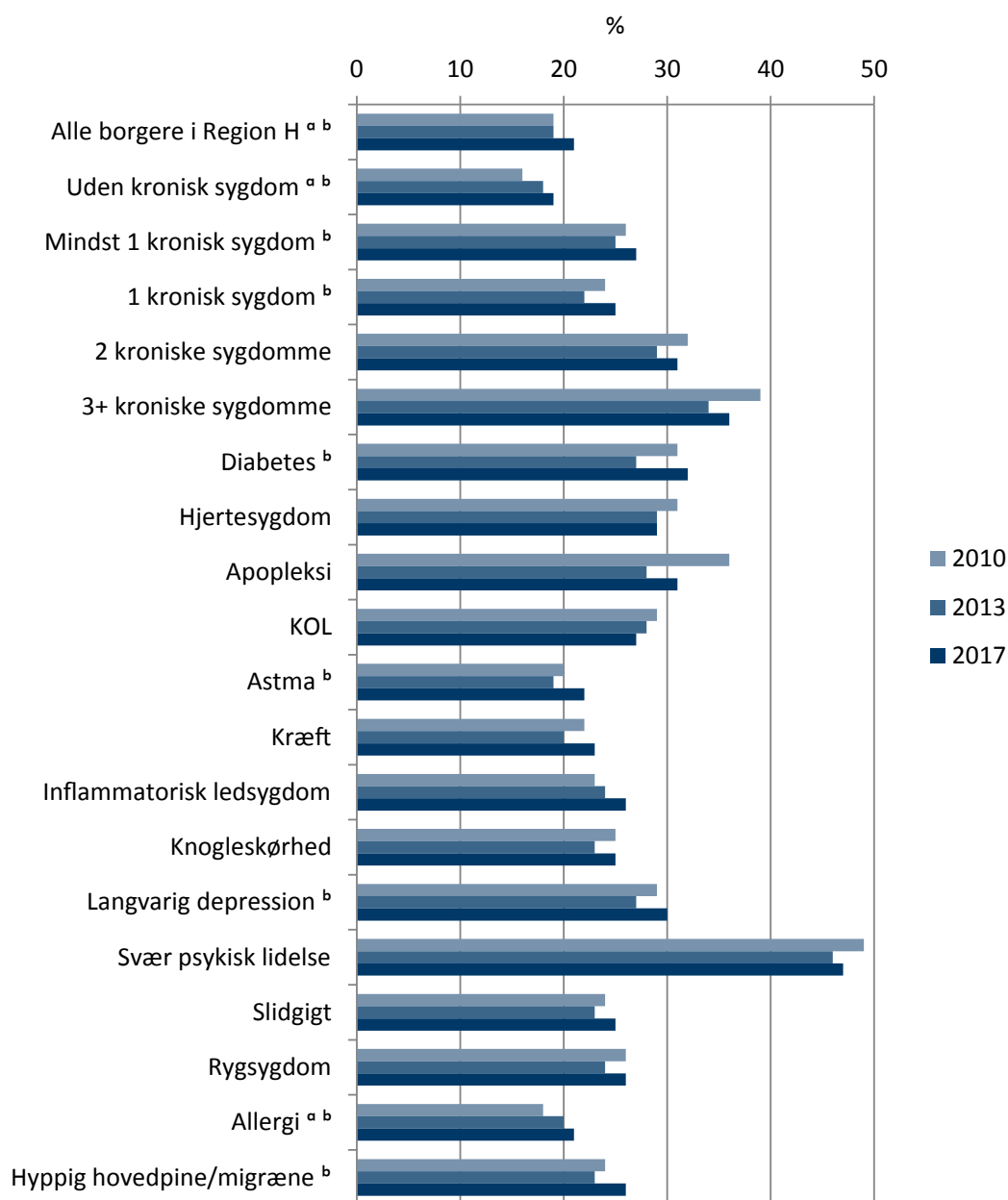
1.15 Svage sociale relationer

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 27 %, som har svage sociale relationer, hvorimod forekomsten af svage sociale relationer er 21 % blandt alle borgere i regionen (Figur 1.15). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten cirka en halv gang større sammenlignet med alle borgere i regionen, og blandt borgere med svær psykisk lidelse er forekomsten mere end dobbelt så stor. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af svage sociale relationer også blandt borgere med svær psykisk lidelse og herudover blandt borgere med diabetes eller apopleksi. De

laveste forekomster ses blandt borgere med allergi, astma eller kræft.

Fra 2010 til 2017 ses en statistisk signifikant stigning i forekomsten af svage sociale relationer for enkelte af sygdomsgrupperne. Den største stigning ses blandt alle borgere i regionen, blandt borgere uden kronisk sygdom og blandt borgere med allergi. I ingen af sygdomsgrupperne ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af svage sociale relationer.

Figur 1.15 Svage sociale relationer i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.16 Kontakter til almen praksis

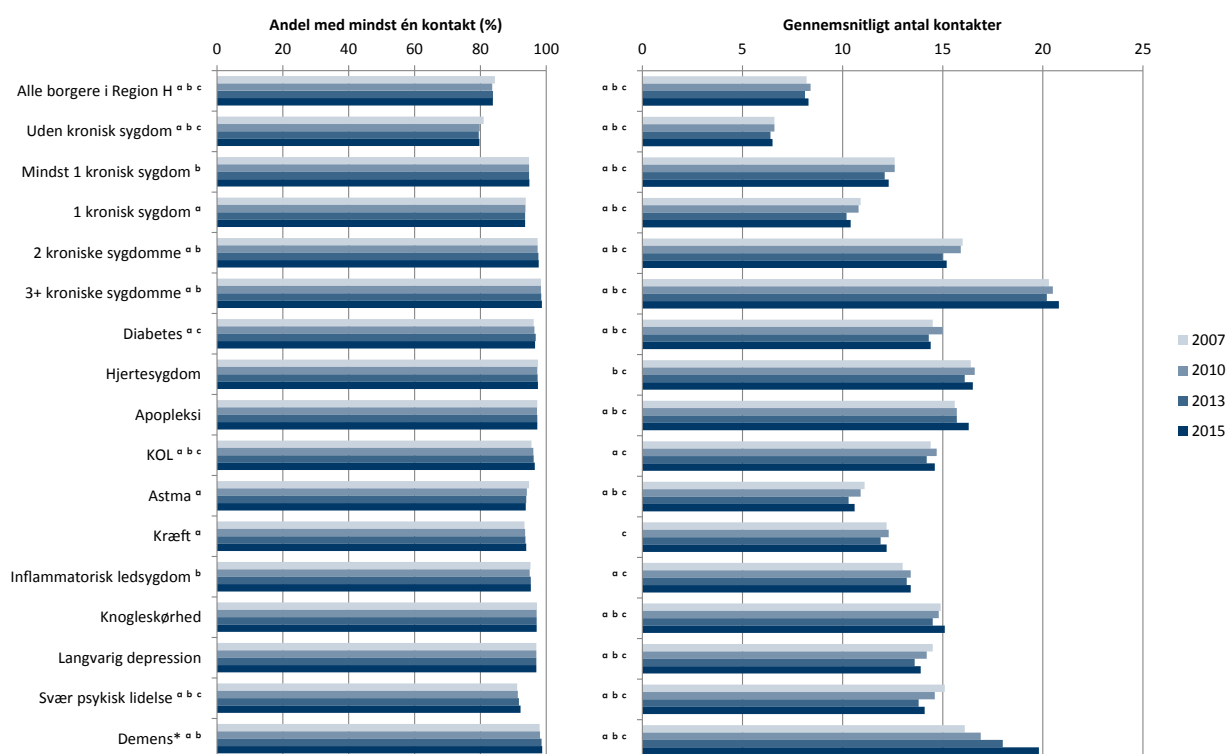
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 94 %, der har kontakt til almen praksis (Figur 1.16a). Til sammenligning har hhv. 84 % af alle borgere i regionen og 99 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme kontakt til almen praksis i løbet af 2015. For de enkelte sygdomme ses de største andele med kontakt til almen praksis blandt borgere med demens, hjertesygdom eller apopleksi, mens den mindste andel ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

I 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én kontakt til almen praksis i gennemsnit 12 kontakter til almen praksis, hvorimod det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt alle borgere i regionen er 8 (Figur 1.16b). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis mere end

dobbelt så stort sammenlignet med alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme har borgere med demens, hjertesygdom eller apopleksi i gennemsnit flest kontakter til almen praksis, mens borgere med astma, kræft og inflammatorisk ledsygdom i gennemsnit har færrest kontakter til almen praksis.

Fra 2007 til 2015 ses en statistisk signifikant ændring i både andelen og det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis for flere af grupperne. Den største stigning i andelen med kontakt ses blandt borgere med KOL eller svær psykisk lidelse, mens det største fald ses blandt borgere uden kronisk sygdom eller med astma (Figur 1.16a). Den største stigning i det gennemsnitlige antal kontakter ses blandt borgere med demens, mens det største fald ses blandt borgere med to kroniske sygdomme (Figur 1.16b).

Figur 1.16a og 1.16b Borgere med mindst én kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.17 Kontakter til speciallægepraksis

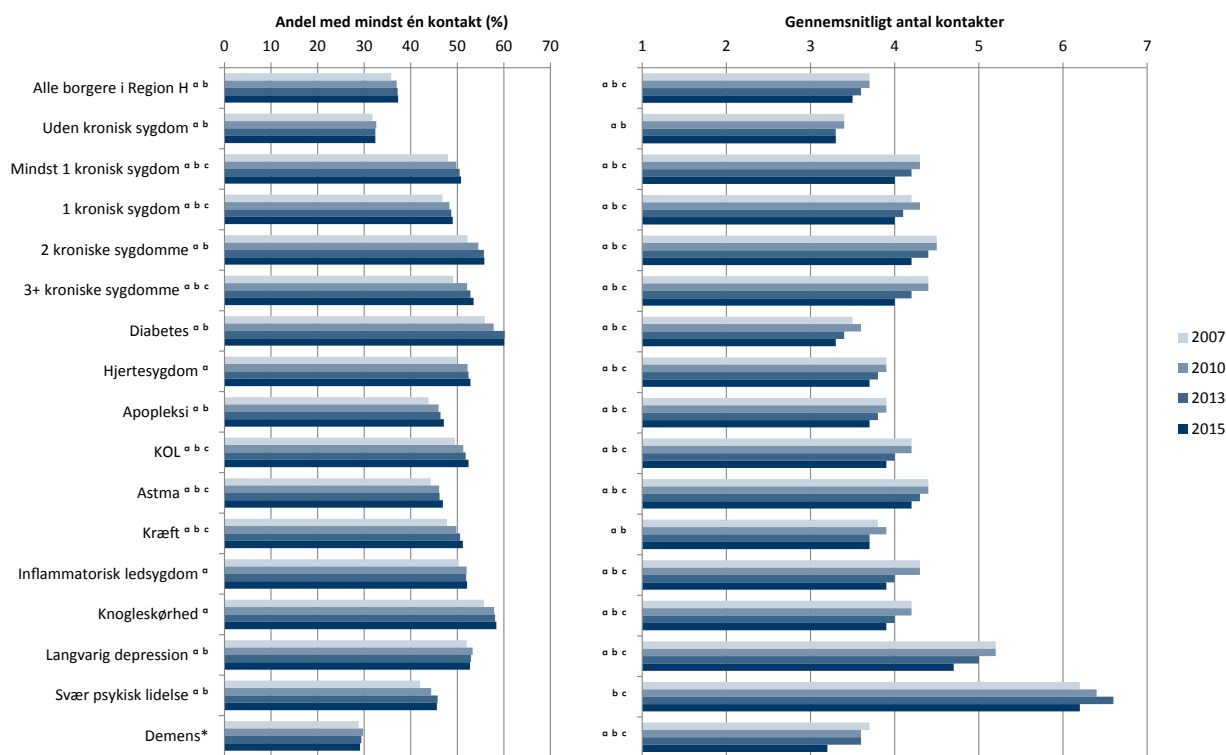
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 51 %, der har mindst én kontakt til speciallægepraksis (Figur 1.17a). Til sammenligning har henholdsvis 37 % af alle borgere i regionen og 53,5 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme kontakt til speciallægepraksis i løbet af 2015. For de enkelte sygdomme ses en stor andel med kontakt til speciallægepraksis i 2015 blandt borgere med diabetes, knogleskørhed eller hjertesygdom, mens den mindste andel ses for demens.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én kontakt til speciallægepraksis i gennemsnit 4 kontakter hertil (Figur 1.17b). Dette gør sig også gældende for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Til

sammenligning er det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis 3,5 blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme har borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression eller astma i gennemsnit flest kontakter til speciallægepraksis, mens borgere med demens og diabetes i gennemsnit har færrest kontakter til speciallægepraksis.

Fra 2007 til 2015 er andelen med kontakt til speciallægepraksis steget for alle sygdomsgrupper (Figur 1.17a). Den største stigning er sket blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Omvendt er det gennemsnitlige antal kontakter faldet for alle grupper, fraset svær psykisk lidelse, hvor det er uændret. Det største fald er sket blandt borgere med demens eller langvarig depression (Figur 1.17b).

Figur 1.17a og 1.17b Borgere med mindst én kontakt til speciallægepraksis. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.18 Planlagte somatiske ambulante besøg

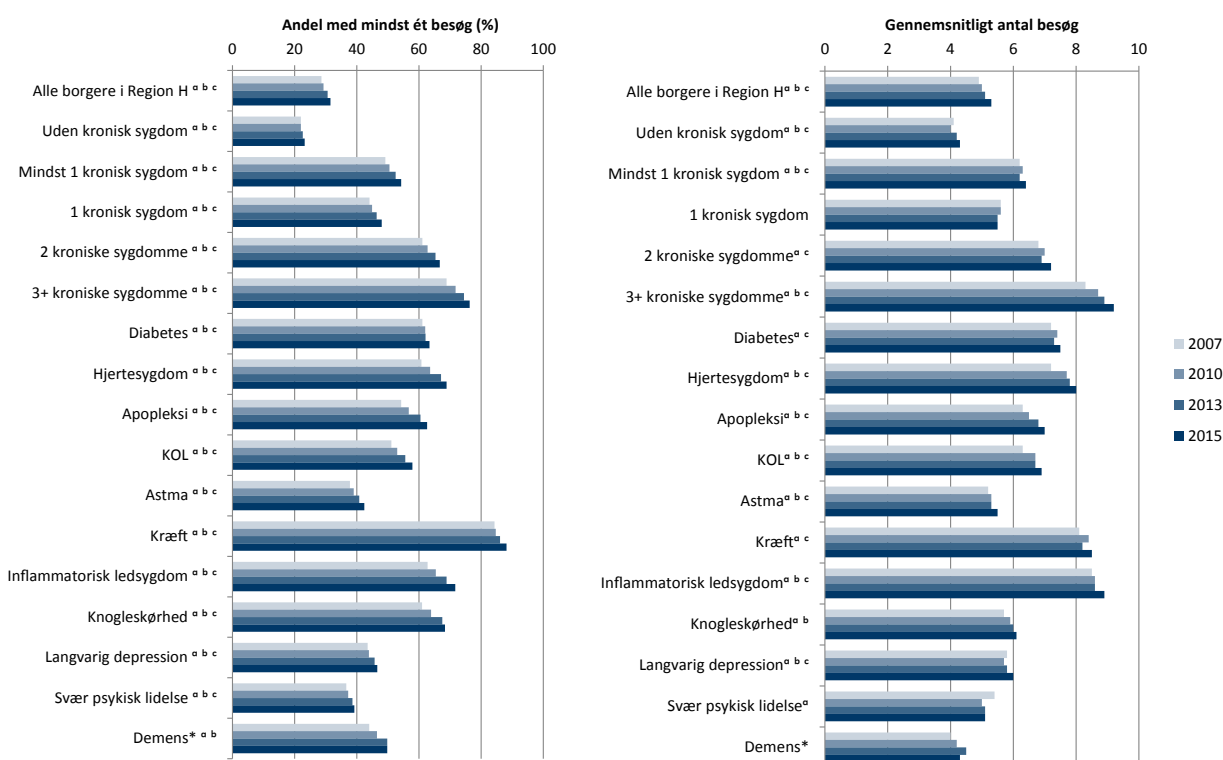
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 54 %, som har mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg, hvilket er næsten en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.18a). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen mere end dobbelt så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg i løbet af 2015 blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med svær psykisk lidelse, astma eller langvarig depression.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg i gennemsnit 6,4 besøg (Figur 1.18b). Til sammenligning er det gennemsnitlige antal besøg 5,3 blandt alle borgere i regionen, og 9,2 blandt

borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. For de enkelte sygdomme har borgere med inflammatorisk ledsygdom, kræft eller hjertesygdom i gennemsnit flest planlagte somatiske ambulante besøg, mens borgere med demens, svær psykisk lidelse eller astma i gennemsnit har færrest besøg.

Fra 2007 til 2015 er andelen af borgere med mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg steget i alle sygdomsgrupper (Figur 1.18a). Den største stigning ses for borgere med inflammatorisk ledsygdom, apopleksi eller hjertesygdom. Ligeledes ses stigninger i det gennemsnitlige antal planlagte somatiske ambulante besøg i de fleste grupper (Figur 1.18b). Her er den største stigning også sket blandt borgere med hjertesygdom eller apopleksi og derudover blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Figur 1.18a og 1.18b Borgere med mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

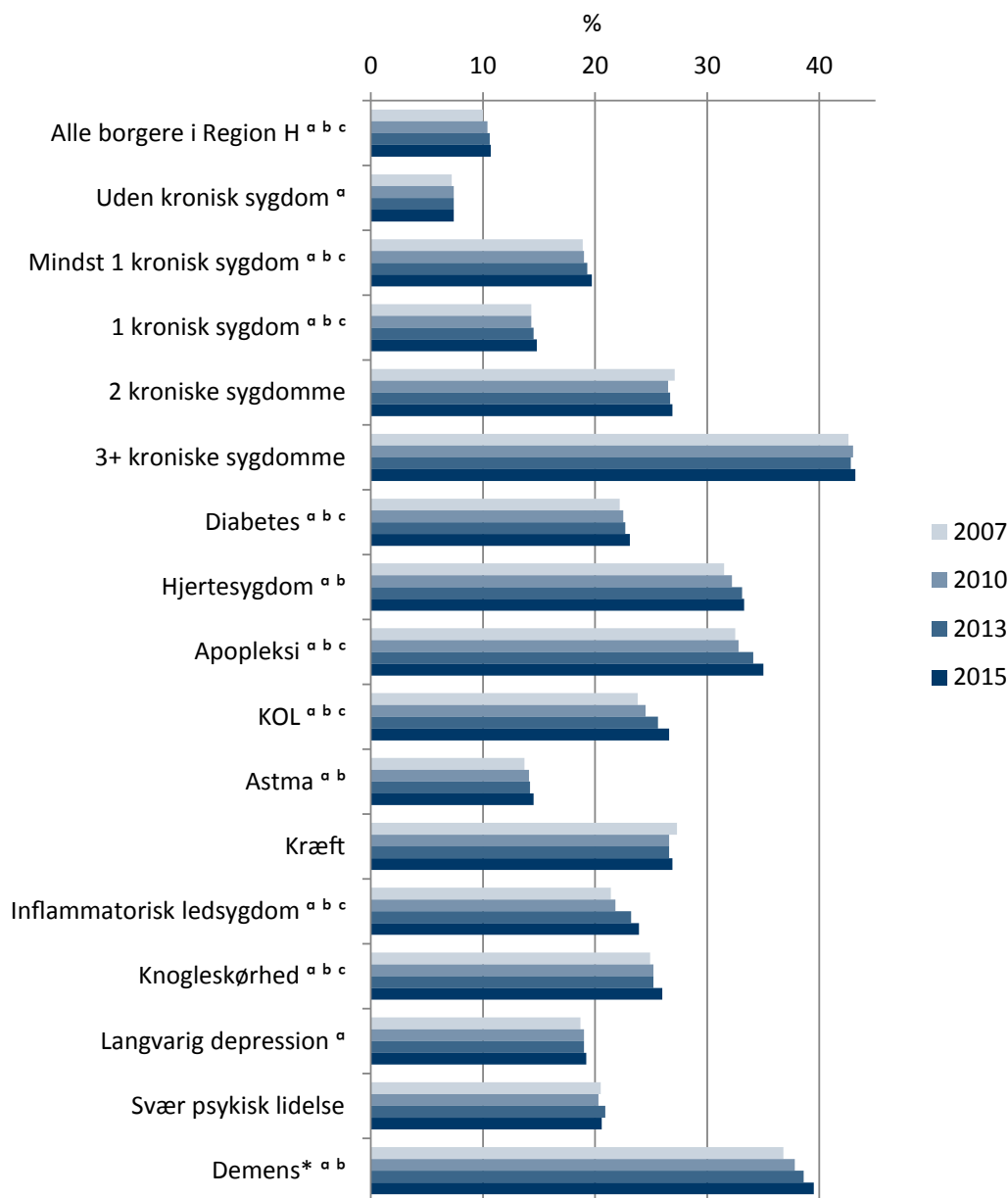
1.19 Akutte somatiske indlæggelser

I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 20 %, som har mindst én akut somatisk indlæggelse, hvilket er en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.19). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen fire gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én akut indlæggelse i løbet af 2015 blandt borgere med demens, apopleksi eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med astma, langvarig depression eller svær psykisk lidelse.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én akut indlæggelse i gennemsnit 1,8 akutte indlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal akutte indlæggelser 1,6 blandt alle borgere i regionen og 2,2 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Det gennemsnitlige antal indlæggelser for hver sygdom kan findes under beskrivelsen af resultater for de enkelte sygdomme.

Fra 2007 til 2015 er andelen af borgere med mindst én årlig akut somatisk indlæggelse steget i stort set alle grupper. Den største stigning ses blandt borgere med KOL eller demens.

Figur 1.19 Andel af borgere med mindst én akut somatisk indlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

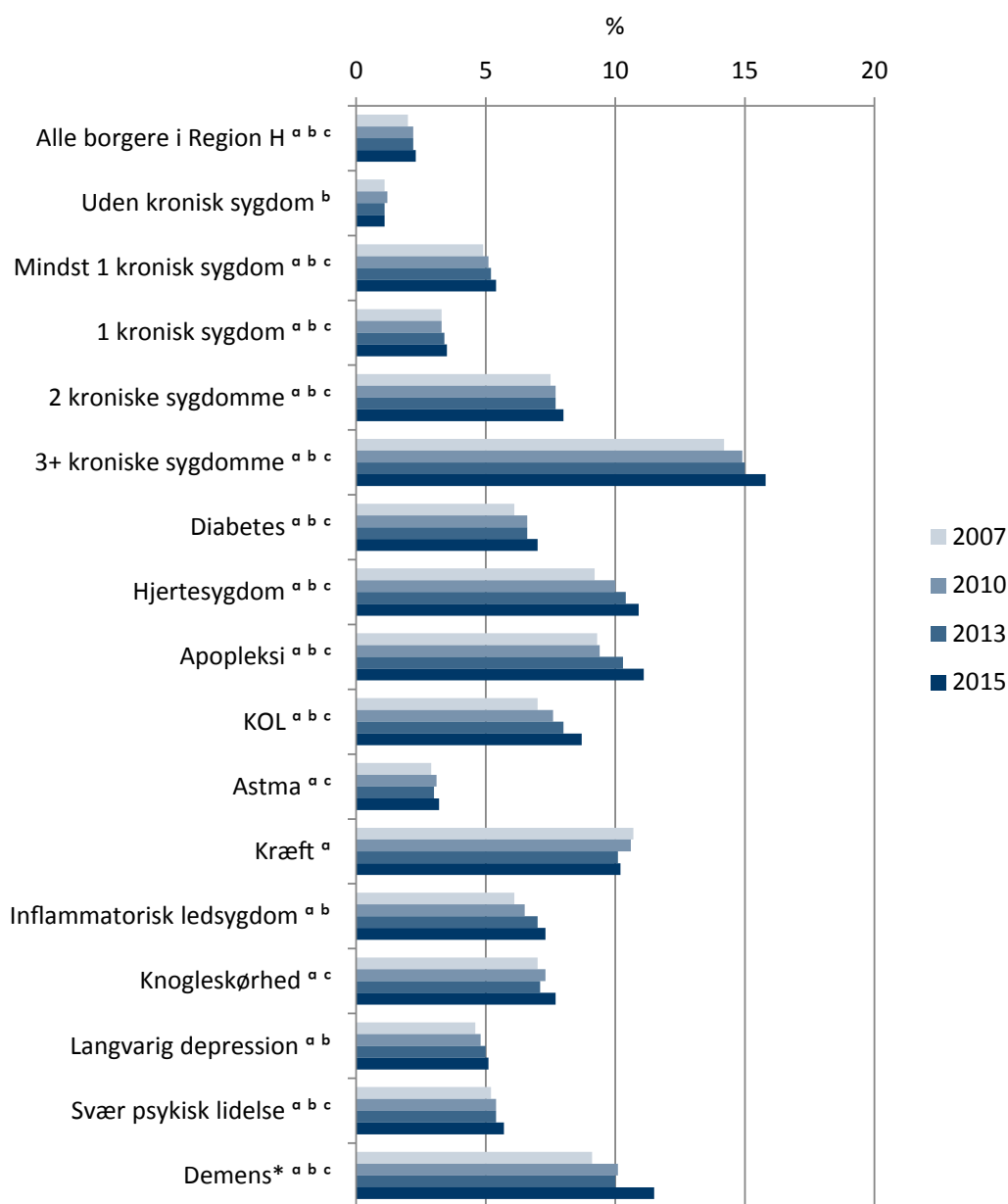
1.20 Somatiske genindlæggelser

I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 5,4 %, som har mindst én somatisk genindlæggelse, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.20). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen mere end seks gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én genindlæggelse i løbet af 2015 blandt borgere med demens, apopleksi eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med astma, langvarig depression eller svær psykisk lidelse.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én genindlæggelse i gennemsnit 1,9 genindlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal genindlæggelser 1,7 blandt alle borgere i regionen og 2,1 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Det gennemsnitlige antal genindlæggelser for hver sygdom kan findes under beskrivelsen af resultater for de enkelte sygdomme.

Fra 2007 til 2015 er andelen af borgere med mindst én årlig genindlæggelse steget i alle sygdomsgrupper. Den største stigning ses blandt borgere med demens eller apopleksi.

Figur 1.20 Andel af borgere med mindst én somatisk genindlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.21 Planlagte psykiatriske ambulante besøg

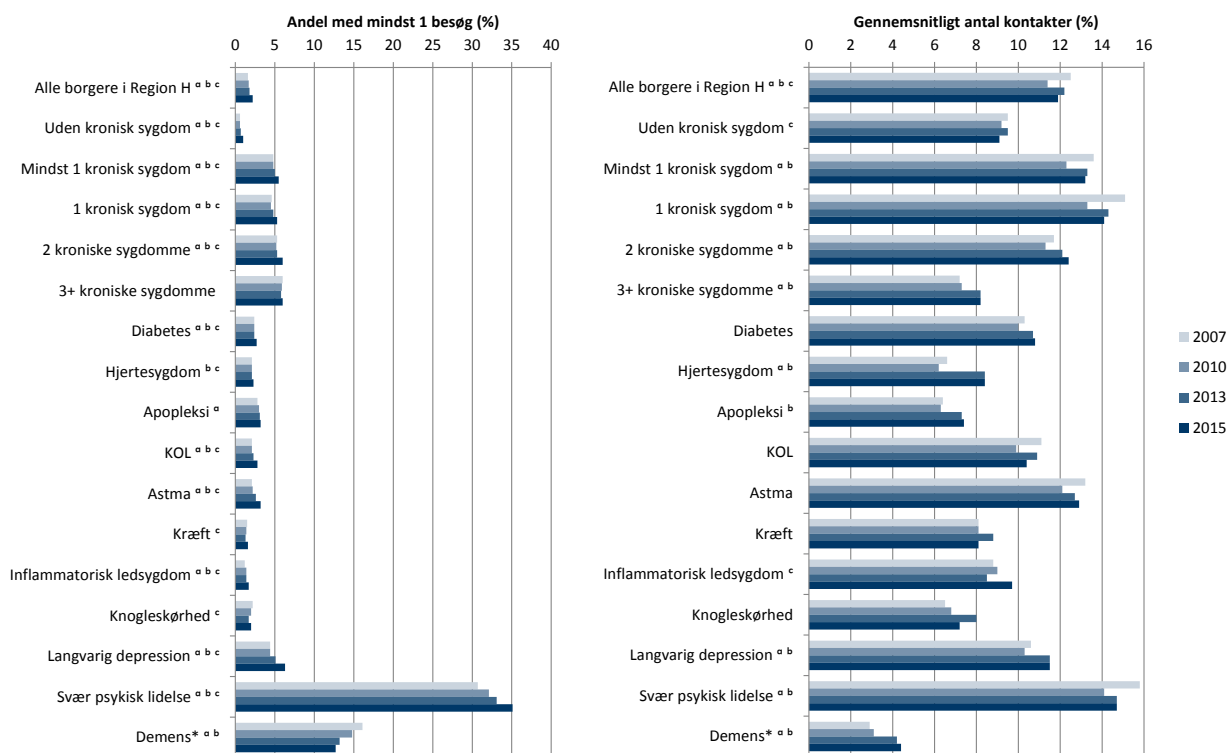
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 6 %, som har mindst ét planlagt psykiatrisk ambulante besøg, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.21a). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen ligeledes 6 %. I modsætning hertil er andelen med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulante besøg 35 % blandt borgere med svær psykisk lidelse, 13 % blandt borgere med demens og 6 % blandt borgere med langvarig depression. De mindste andele ses blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller knogleskørhed.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst ét planlagt psykiatrisk ambulante besøg i gennemsnit 13 besøg (Figur 1.21b). Til sammenligning er det gennemsnit-

lige antal besøg 12 blandt alle borgere i regionen og 8 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. For de enkelte sygdomme har borgere med svær psykisk lidelse i gennemsnit 15 planlagte psykiatriske ambulante besøg, mens borgere med demens, knogleskørhed eller apopleksi i gennemsnit har færrest besøg.

Fra 2007 til 2015 ses statistisk signifikante stigninger i stort set alle grupper (Figur 1.21a). De største stigninger ses for borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression eller astma. I modsætning hertil er der både sket stigninger og fald i det gennemsnitlige antal besøg blandt borgere med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulante besøg (Figur 1.21b). De største stigninger ses blandt borgere med hjertesygdom eller demens, og det største fald ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

Figur 1.21a og 1.22b Borgere med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulante besøg. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.22 Psykiatriske indlæggelser

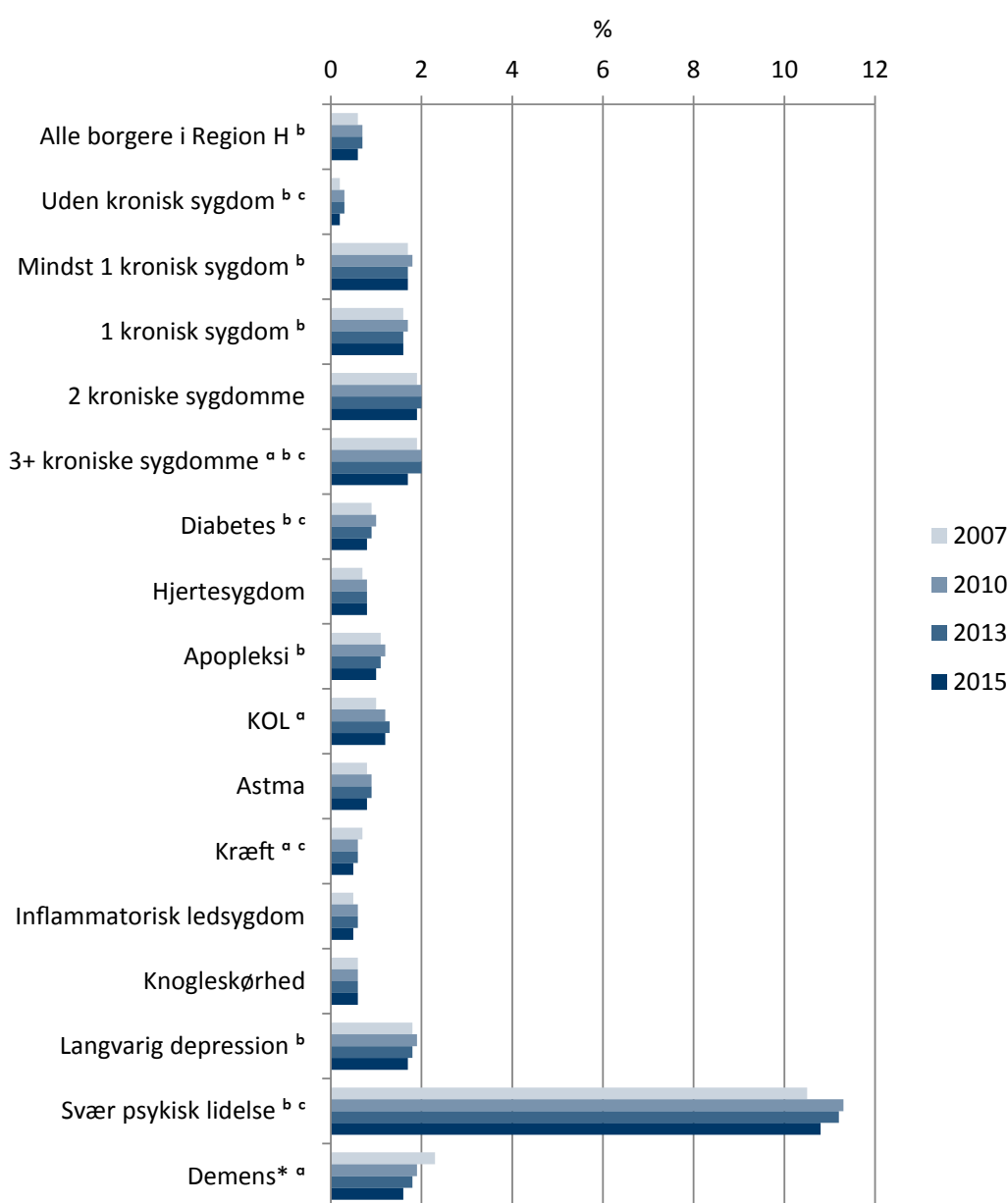
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 1,7 %, som har mindst én psykiatrisk indlæggelse, hvilket er en næsten tre gange så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 1.22). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen ligeledes 1,7 %, mens den er 10,8 % blandt borgere med svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én psykiatrisk indlæggelse i løbet af 2015 også blandt borgere med svær psykisk lidelse og herudover blandt borgere med langvarig depression eller demens. De mindste andele ses blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller knogleskørhed.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én psykiatrisk indlæggelse i gennemsnit 2,0 psykiatri-

ske indlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal psykiatriske indlæggelser 1,8 blandt alle borgere i regionen, 1,9 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme og 2,2 blandt borgere med svær psykisk lidelse. Det gennemsnitlige antal planlagte indlæggelser for hver sygdom kan findes under beskrivelsen af resultater for de enkelte sygdomme.

Fra 2007 til 2015 ses statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med mindst én årlig psykiatrisk indlæggelse i enkelte sygdomsgrupper (Figur 1.22). Der ses en stigning blandt borgere med KOL, og fald blandt borgere med demens, kræft eller tre eller flere kroniske sygdomme.

Figur 1.22 Andel af borgere med mindst én psykiatrisk indlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

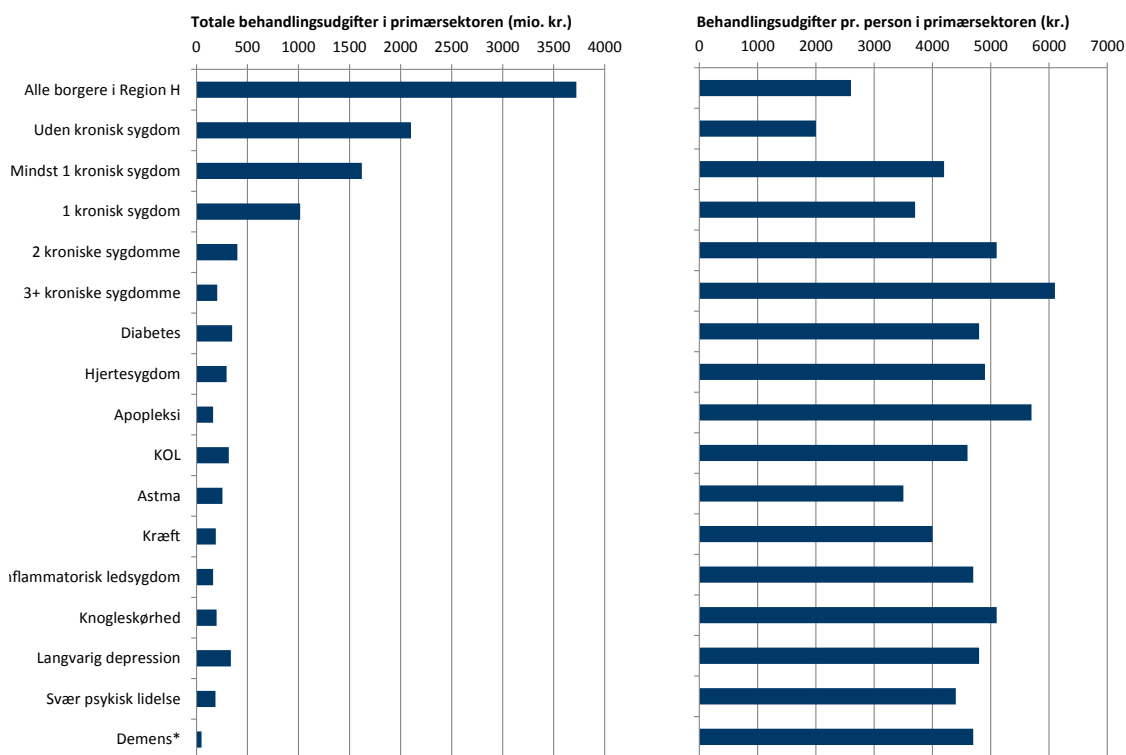
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.23 Behandlingsudgifter – primærsektor

I 2015 er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren 3.700 mio. kr. for alle borgere i regionen (Figur 1.23a). Heraf er behandlingsudgiften 2.100 mio. kr. (57 %) for borgere uden kronisk sygdom og 1.600 mio. kr. (43 %) for borgere med mindst én kronisk sygdom. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren 200 mio. kr. For de enkelte sygdomme er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren størst for borgere med diabetes, langvarig depression eller KOL, hvor vi også ser de største sygdomsforekomster, og mindst for borgere med apopleksi, inflammatorisk ledsygdom eller demens.

I 2015 er de gennemsnitlige behandlingsudgifter for borgere med mindst én kronisk sygdom 4.200 kr. pr. person (Figur 1.23b). Til sammenligning er dette beløb 2.600 kr. pr. person for alle borgere i regionen. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i primærsektoren 6.100 kr. pr. person. For de enkelte sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i primærsektoren størst for borgere med apopleksi, knogleskørhed eller hjertesygdom og mindst for borgere med astma, kræft og svær psykisk lidelse.

Figur 1.23a og 1.23b Behandlingsudgifter til kronisk sygdom i Region Hovedstaden i 2015 – primærsektor



*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

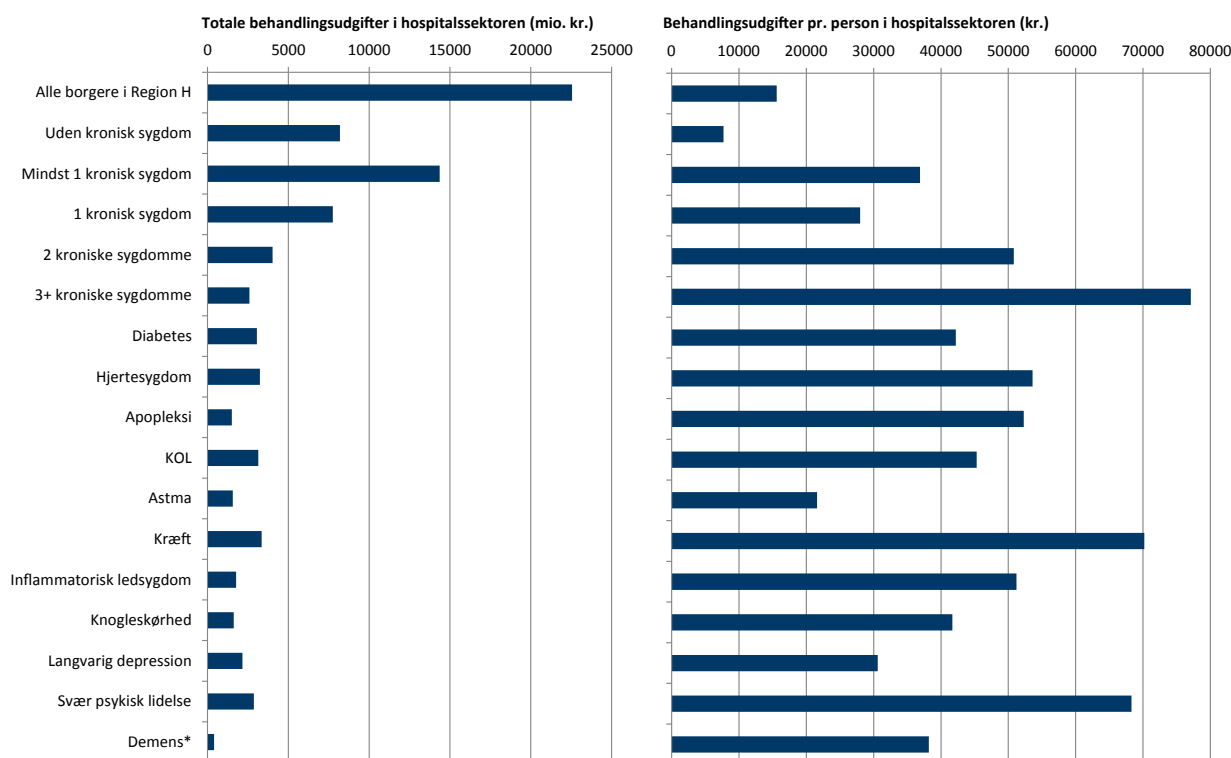
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.24 Behandlingsudgifter – hospitalssektor (somatik og psykiatri)

I 2015 er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren 22.600 mio. kr. for alle borgere i Region Hovedstaden (Figur 1.24a). Heraf er behandlingsudgiften 8.200 mio. kr. (36 %) for borgere uden kronisk sygdom og 14.400 mio. kr. (64 %) for borgere med mindst én kronisk sygdom. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren 2.600 mio. kr. For de enkelte sygdomme er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren størst for borgere med kræft, hjertesygdom eller KOL. Dette stemmer overens med, at en stor andel af borgere med kræft eller hjertesygdom har kontakt til sundhedsvæsenet, og har mange kontakter hertil samt at KOL er én af de kroniske sygdomme med størst forekomst. De totale behandlingsudgifter er mindst for borgere med demens, apopleksi og astma.

I 2015 er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren for borgere med mindst én kronisk sygdom 36.900 kr. pr. person (Figur 1.24b). Til sammenligning er dette beløb 15.600 kr. pr. person for alle borgere i regionen. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren 77.100 kr. pr. person. For de enkelte sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren størst for borgere med kræft, svær psykisk lidelse eller hjertesygdom og mindst for borgere med astma, langvarig depression eller demens.

Figur 1.24a og 1.24b Behandlingsudgifter til kronisk sygdom i Region Hovedstaden i 2015 – hospitalssektor (somatik og psykiatri)



*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

1.25 Social ulighed i forekomst af kronisk sygdom

I 2016 er der for de fleste kroniske sygdomme en sammenhæng med uddannelse, og for de fleste sygdomme gælder det, at borgere med grundskoleuddannelse har højere forekomst af kronisk sygdom end borgere med lang videregående uddannelse. Det vil sige, at der er social ulighed. Dette ses både for mænd og for kvinder, også når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. Der er dog enkelte undtagelser, hvilket ses blandt mænd med astma og blandt kvinder med allergi, hvor der ikke er statistisk signifikant forskel mellem de to uddannelsesgrupper og blandt mænd med allergi, hvor der er omvendt social ulighed. Ved omvendt social ulighed er forekomsten

højere blandt borgere med lang videregående uddannelse i forhold til borgere med grundskoleuddannelse.

For flere kroniske sygdomme stiger den sociale ulighed fra 2007 til 2016. Dette ses for diabetes, KOL, inflammatorisk ledsygdom og langvarig depression for både mænd og kvinder. Derudover ses der for mænd en stigning i den sociale ulighed for knogleskørhed. Omvendt ses der et fald i den sociale ulighed for astma for både mænd og kvinder, og et fald blandt kvinder med hyppig hovedpine eller migræne.

Table 1.1 Oversigt over social ulighed i forekomst af kronisk sygdom i 2016 og udviklingen 2007-2016

Kronisk sygdom	Social ulighed 2016*			Udvikling i ulighed 2007-2016**	
	Mænd		Kvinder	Mænd	Kvinder
Diabetes	Ja	≠	Ja	Stiger	Stiger
Hjertesygdom	Ja	≠	Ja	Ingen	Ingen
Apopleksi	Ja		Ja	Ingen	Ingen
KOL	Ja	≠	Ja	Stiger	Stiger
Astma	Ingen	≠	Ja	Falder	Falder
Inflammatorisk ledsygdom	Ja		Ja	Stiger	Stiger
Knogleskørhed	Ja		Ja	Stiger	Ingen
Langvarig depression	Ja	≠	Ja	Stiger	Stiger
Svær psykisk lidelse	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Demens	Ja	≠	Ja	Ingen	Ingen
Slidgigt***	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Ryg sygdom***	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Allergi***	Ja, omvendt	≠	Ingen	Ingen	Ingen
Hyppig hovedpine eller migræne***	Ja		Ja	Ingen	Falder
3+ kroniske sygdomme	Ja	≠	Ja	Ingen	Ingen

Analyserne er stratificeret på køn og justeret for alder og etnisk baggrund

* Lang videregående uddannelse er reference. "Ja" refererer til de situationer, hvor OR (Odds ratio) for forekomsten af en given kronisk sygdom er over 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse (=social ulighed). "Ja, omvendt" refererer til de situationer, hvor OR for forekomsten af en given kronisk sygdom er under 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse (=omvendt social ulighed). "Ingen" refererer til de situationer, hvor OR blandt borgere med grundskoleuddannelse er lig 1 (=ingen social ulighed)

** Lang videregående uddannelse er reference. "Stiger" refererer til de situationer, hvor OR for forekomst af en given kronisk sygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant større end den tilsvarende OR i 2007. "Falder" refererer til de situationer, hvor OR for forekomst af en given kronisk sygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant mindre end den tilsvarende OR i 2007. "Ingen" refererer til de situationer, hvor der ikke er statistisk signifikant forskel på OR for forekomst af en given kronisk sygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i 2016 sammenlignet med 2007

*** Forekomst i 2017 og udvikling fra 2010 til 2017

≠ OR for grundskoleuddannelse er forskellig for mænd og kvinder

1.26 Social ulighed i kontakter til sundhedsvæsenet

For langt de fleste kroniske sygdomme ses social ulighed i kontakter til sundhedsvæsenet i 2015. Det gælder især andelen med kontakt til almen praksis, planlagte somatiske ambulante besøg, akutte somatiske indlæggelser, psykiatriske ambulante besøg samt psykiatriske indlæggelser, hvor andelen af borgere med grundskoleuddannelse, som har disse kontakttyper, er større i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Dog ses en tendens til omvendt social ulighed, hvad angår kontakter til speciallægepraksis for flere af sygdomsgrupperne, da borgere med grundskoleuddannelse har mindre sandsynlighed for at have kontakt til speciallægepraksis i forhold til borgere med lang videregående uddannelse.

Fra 2007 til 2015 ses et fald i den sociale ulighed for kontakter til almen praksis blandt mænd og kvinder med KOL, mænd

med hjertesygdom eller inflammatorisk ledsygdom og kvinder med langvarig depression. Derudover ses et fald i den sociale ulighed blandt mænd med svær psykisk lidelse eller hjertesygdom, hvad angår kontakter til speciallægepraksis. For ingen af sygdomsgrupperne er den sociale ulighed dog udlignet.

Der ses en stigning i social ulighed, hvad angår psykiatriske ambulante besøg, for mænd med langvarig depression eller tre eller flere kroniske sygdomme samt for mænd og kvinder med svær psykisk lidelse. Derudover ses en stigning i social ulighed for planlagte somatiske ambulante besøg for mænd med astma. Desuden ses en stigning i den sociale ulighed, hvad angår akutte somatiske indlæggelser, for kvinder med astma og mænd med knogleskørhed.

1.27 Opsamling

I Region Hovedstaden er der siden 2007 sket en stigning i forekomsten af mange af de kroniske sygdomme, som beskrives i rapporten. Til gengæld er der stort set ikke er sket stigninger i andelen af nye sygdomstilfælde for de enkelte sygdomme. Den højere forekomst af kronisk sygdom i 2016 i forhold til 2007 kan derfor forklares ved, at borgere med kronisk sygdom lever længere end tidligere.

Der er både sket en stigning i andelen af borgere med mindst én kronisk sygdom og i andelen af borgere, der har tre eller flere kroniske sygdomme. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses en høj forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed, mens forekomsten af risikofaktorer såsom rygning, storforbrug af alkohol, usundt kostmønster og moderat overvægt ikke adskiller sig væsentligt fra forekomsten af disse risikofaktorer i de enkelte sygdomsgrupper.

Der er overordnet sket et fald i forekomsten af rygning og i forekomsten af storforbrug af alkohol fra 2010 til 2017 – både blandt borgere i regionen som helhed – men også blandt borgere med kroniske sygdomme. Derimod er der sket en stigning i forekomsten af lav fysisk aktivitet og usundt kostmønster i flere af sygdomsgrupperne, ligesom der også er sket en stigning i svær overvægt. Om denne ændring i risikofaktorer har påvirket den stigende forekomst af kronisk sygdom kan ikke konkluderes ud fra denne rapport.

Samtidig med en stigning i forekomsten af kronisk sygdom, er der blandt borgere med kronisk sygdom også sket en stigning i andelen med kontakt til sundhedsvæsenet. Især er der sket en stigning i andelen, som har mindst ét planlagt somatisk ambulante besøg, og derudover er der sket en stigning i de gennemsnitlige antal planlagte somatiske ambulante besøg. Men på trods af, at der er sket en stigning i de ambulante besøg, har dette ikke reduceret andelen af borgere med akutte indlæggelser og genindlæggelser.

Den sociale ulighed, der forekommer for stort set alle sygdomme, ses også for mange af de risikofaktorer, der er præsenteret i delrapporten "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer". En øget forebyggelsesindsats rettet mod borgere, som er socialt dårligt stillet, vil formentlig kunne medvirke til at reducere uligheden i forekomsten af disse risikofaktorer og dermed også uligheden i forekomsten af kronisk sygdom.

Den sociale ulighed i kontakter til sundhedsvæsenet kan både være udtryk for en differentieret behandling, således at borgere med kortere uddannelseslængde, har en tættere opfølgning i almen praksis og ambulatorier. Herudover kan det være udtryk for en dårligere helbredstilstand blandt disse borgere eller at de har en anden tilgang til sundhedsvæsenet.



Kapitel 2

Indledning og metode



2 Indledning og metode

”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” består af to dele: Én rapport med fokus på risikofaktorer og

sundhedsadfærd og én rapport med fokus på borgere med kronisk sygdom.

2.1 Formål med sundhedsprofilen 2017

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er, at fungere som et planlægningsredskab på sundhedsområdet for kommuner og region. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan beslutningstagerne se, hvor der er potentiale for forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper, der er væsentlige at have fokus på, når der tilrettelægges sundhedsindsatser.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen, og giver indsigt i en række unikke data. Sundhedsprofilen bidrager med detaljeret viden om borgernes sundhed, sundhedsadfærd og sygelighed i de enkelte kommuner og i regionen som helhed. Denne viden er sat i relation til en række demografiske og sociale forhold. ”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” efterfølger tre tidligere sundhedsprofiler fra 2007, 2010 og 2013. Sundhedsprofilen viser udviklingen i borgernes sundhedstilstand over tid. Samtidig kaster sundhedsprofilen lys over aktuelle tendenser i borgernes adfærd, risikofaktorer og sygdom samt forbrug af sundhedsydelse, og bringer dermed opdateret viden

ind i forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsarbejdet. Sundhedsprofilen 2017 er et unikt grundlag for kommunernes sundhedspolitikker, regionens overordnede hospitalsplanlægning og for sundhedsaftalerne mellem kommunerne, praksissektoren og regionen. Sundhedsprofilen kan dermed anvendes i forbindelse med prioritering af kommunale og regionale forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser.

I nærværende delrapport er fokus borgere med kronisk sygdom. Både i forhold til forekomsten af kronisk sygdom, fysisk og mental sundhed, risikofaktorer for forværring af sygdom, motivation for adfærdændring, forebyggelse samt kontakter til sundhedsvæsenet og udgifter forbundet hermed. I den anden delrapport er omdrejningspunktet sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle borgere i regionen. Sundhedsprofilen afdækker både borgernes aktuelle sundhedstilstand og mulige indsatsområder, som vil kunne forbedre sundheden og mindske sygeligheden på kort og på lang sigt. I begge rapporter er der særligt fokus på social ulighed.

2.2 Baggrund for denne rapport

Region og kommuner har en vigtig opgave i at forebygge kronisk sygdom hos borgerne samt i at behandle, rehabilitere og undgå forværring hos borgere, som allerede *har* en kronisk sygdom. Desuden er det vigtigt, at region og kommuner understøtter borgerens aktive rolle med henblik på bedst muligt, at kunne tage vare på egen situation. Ved at følge forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden og kommuner over tid samt følge borgernes risikoprofil og forbrug af sundhedsydelse over tid, får region og kommuner et redskab til prioritering af regionale og kommunale forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Denne rapport ”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom” belyser udviklingen over tid i centrale faktorer siden 2007 og kan dermed bidrage til kommunernes og regionens sundhedsplanlægning.

Forekomsten af kroniske sygdomme har tidligere været stigende, men fra 2010 til 2013 er forekomsten af de fleste

kroniske sygdomme i Region Hovedstaden stagneret. Dette på trods af, at andelen og antallet af ældre borgere er steget (1). Der ses dog en stigning i andelen af borgere med flere samtidige kroniske sygdomme, og denne stigning må forventes at fortsætte, både pga. et generelt øget fokus på tidlig opsporing af kroniske sygdomme, men også pga. stigende levealder som følge af bedre behandling og rehabilitering.

På landsplan er der siden 2006 sket en stigning i antallet af indlæggelser, som toppede i 2014 med 1,2 mio. indlæggelser blandt den voksne del af befolkningen (2). Desuden er det samlede antal sengedage faldet markant siden 2006 – fra 4,5 til 3,9 mio. sengedage, mens antallet af ambulante kontakter er steget med over 30 % fra 5,4 til 7,1 mio. ambulante kontakter på landsplan. De samme tendenser ses, når man tager højde for befolkningstilvæksten. Tendensen er dog mest udtalt i de ældste aldersgrupper. På landsplan har det samlede antal kontakter til almen praksis og speciallægepraksis generelt været

stigende, mest udtalt blandt de ældre. I 2014 var der 36 mio. kontakter til almen praksis og 4,6 mio. kontakter til speciallægepraksis. Med en aldrende befolkning må man forvente, at der fremover vil ske en yderligere stigning i kontakter til almen praksis, speciallægepraksis samt ambulatorier, og dermed også en stigning i udgifterne til behandling.

Effektive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser rettet imod ændring af borgernes adfærd og rammerne for borgerne

i samfundet kan på sigt udmunde i reduktioner i forekomsten af risikofaktorer og uheldsmæssig sundhedsadfærd. Dette vil herudover kunne føre til en reduktion i andelen af borgere, der udvikler kronisk sygdom (nye tilfælde). Derudover kan forebyggende og sundhedsfremmende indsatser forbedre det fysiske og mentale helbred blandt borgere, der allerede har en kronisk sygdom og på sigt reducere antallet af akutte indlæggelser, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.

2.3 Materiale og metode

I dette afsnit beskrives de typer af data, der indgår i rapporten samt de populationer, der er opgjort resultater for.

De forskellige emner i rapporten er primært belyst ved brug af data fra centrale registre samt data fra spørgeskema-

undersøgelsen "Hvordan har du det? 2017". Til at belyse udvikling over tid er der anvendt data fra centrale registre fra 2002-2016 samt data fra spørgeskemaundersøgelserne "Hvordan har du det?" fra 2013 og 2010, som dannede grundlag for de to forrige sundhedsprofiler.

2.3.1 Populationer

I Danmark har vi en unik mulighed for at indhente og koble oplysninger om sociodemografiske forhold, sygdomsforekomst, medicinforbrug og behandlingsudgifter via centrale nationale registre. Til brug i denne rapport er der foretaget register-

udtræk omfattende alle borgere på 16 år eller derover, som var bosat i Region Hovedstaden 1. januar 2007, 1. januar 2010, 1. januar 2013, 1. januar 2015 samt 1. januar 2016. I Tabel 2.1 ses antallet af borgere bosat i regionen på ovenstående datoer.

Tabel 2.1 Antal borgere på 16 år eller derover med bopæl i Region Hovedstaden pr. 1. januar i årene 2007, 2010, 2013, 2015 og 2016

	2007	2010	2013	2015	2016
Indbyggere pr. 1. januar	1.327.147	1.365.460	1.413.111	1.447.340	1.467.049

2.3.2 Registerdata

Der er indhentet oplysninger fra følgende registre:

- Registre fra Danmarks Statistik:
 - BEF - Befolkningen
 - IND - Indkomst
 - IEPE - Indvandrere og efterkommere
 - UDDA - Uddannelser
- Landspatientregisteret (LPR)
- Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK)
- Lægemedelladatabasen
- Sygesikringsregisteret
- Takstdata (Region Hovedstadens DRG-og DAGS-registreringer)

Registeroplysningerne danner grundlag for beskrivelsen af køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, udvalgte kroniske sygdomme samt forbrug af sundhedsydelse og behandlingsudgifter. Registerudtrækkene er baseret på de senest tilgængelige oplysninger. Dog har det ikke været muligt at få valide data fra 2016 fra LPR pga. ændring i registreringspraksis i forbindelse med implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden. Forekomst og nye tilfælde af kroniske sygdomme, kontakter og behandlingsudgifter baseret på registerdata kan derfor senest opgøres 1.1.2016. Af Tabel 2.2 fremgår hvilke år de forskellige udtræk er baseret på.

Table 2.2 Oversigt over tidspunkt og periode som dataudtræk fra nationale registre dækker, opgjort pr. 1. januar det pågældende år for populationen

Indikator	Registre	Population pr. 1. januar det pågældende år				
		2007	2010	2013	2015	2016
Tidspunkt og periode som dataudtræk dækker for populationen ovenfor						
Køn, alder, kommune og planlægningsområde ^a	BEF	1.1.2007	1.1.2010	1.1.2013	1.1.2015	1.1.2016
Uddannelse ^b	UDDA	1.1.2007	1.1.2010	1.1.2013	1.1.2015	1.1.2016
Erhvervstilknytning ^c	IND	1.1.2007	1.1.2010	1.1.2013	1.1.2015	1.1.2016
Samlivsstatus ^a	BEF	1.1.2007	1.1.2010	1.1.2013	1.1.2015	1.1.2016
Etnisk baggrund ^a	IEPE	1.1.2007	1.1.2010	1.1.2013	1.1.2015	1.1.2016
Forekomst af kronisk sygdom (prævalens)	LPR, LPR-PSYK, Lægemiddeldatabasen, Sygesikringsregistret	1.1.2002 -31.12.2006	1.1.2005 -31.12.2009	1.1.2008 -31.12.2012	1.1.2010 -31.12.2014	1.1.2012 -31.12.2015
Nye sygdomstilfælde (incidens)	LPR, LPR-PSYK, Lægemiddeldatabasen, Sygesikringsregistret	1.1.2002 -31.12.2007	1.1.2005 -31.12.2010	1.1.2008 -31.12.2013	1.1.2010 -31.12.2015	
Kontakter og udgifter i praksissektoren	Sygesikringsregistret	1.1.2007 -31.12.2007	1.1.2010 -31.12.2010	1.1.2013 -31.12.2013	1.1.2015 -31.12.2015	
Kontakter og udgifter i hospitalssektoren	LPR, LPR-PSYK, Lægemiddeldatabasen	1.1.2007 -31.12.2007	1.1.2010 -31.12.2010	1.1.2013 -31.12.2013	1.1.2015 -31.12.2015	
Behandlingsudgifter	Takstdata					1.1.2015 -31.12.2015
Udgifter til medicin	Lægemiddeldatabasen	1.1.2007 -31.12.2007	1.1.2010 -31.12.2010	1.1.2013 -31.12.2013	1.1.2015 -31.12.2015	

LPR: Landspatientregistret LPR-PSYK: Landspatientgeristret-Psykiatri

^a Status pr. 1. januar i det angivne år

^b Registeret indeholder oplysninger om seneste fuldførte uddannelse og igangværende uddannelse pr. 1. oktober året før

^c Registeret indeholder oplysninger om erhvervstilknytning på basis af oplysninger fra året før

2.3.3 Spørgeskemadata

Der er mange oplysninger at hente i centrale registre, men ikke alle, hvorfor oplysningerne må hentes i spørgeskemaundersøgelser. I denne rapport er følgende kroniske sygdomme defineret ud fra spørgeskemadata: Rygsygdom, slidgigt, allergi og hyppig hovedpine eller migræne. Herudover er det væsentligt at spørge borgerne selv, når det gælder informationer om borgernes egen opfattelse af deres fysiske og mentale sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt motivation for og tilbud om adfærdsendring. I denne rapport er der udover registeroplysninger benyttet data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017". Spørgeskemaerne er sendt til en tilfældig stikprøve af borgere på 16 år eller derover, som var bosiddende i Region Hovedstaden 1. januar 2017 (3). I 2017 blev der udsendt spørgeskemaer til 104.950 borgere i hele

regionen. Blandt disse valgte 52,6 % (N=55.185) at returnere et udfyldt skema. Der er endvidere benyttet data fra spørgeskemaundersøgelserne "Hvordan har du det?" fra 2013 og 2010.

I begge år blev der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere på 16 år eller derover, hvoraf 43,5 % (N=41.356) returnerede et udfyldt spørgeskema ved undersøgelsen i 2013, og 52,3 % (N=49.806) returnerede et udfyldt spørgeskema ved undersøgelsen i 2010 (4, 5).

I analyser til denne rapport, hvor spørgeskemadata indgår, benyttes samme vægtning af besvarelser, som også anvendes i Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer (3).

2.4 Definitioner

I dette afsnit beskrives definitionerne på størstedelen af de variable, der anvendes i analyserne, som ligger til grund for rapportens resultater. Det drejer sig om definitioner af forskellige kroniske sygdomme, efterfulgt af definitioner af variable brugt til opgørelse af henholdsvis forbrug af og udgifter ved sundhedsydelser. Variable brugt til opgørelsen af generelt helbred og sundhedsadfærd samt motivation til ændring af sundhedsadfærd defineres ligeledes i dette kapitel. De sociodemografiske forhold (køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivs-

status og etnisk baggrund) er beskrevet i Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer (3). I denne rapport er uddannelse dog afgrænset til borgere mellem 18-85 år i forhold til forekomst af kronisk sygdom og mellem 25-85 år i forhold til social ulighed. Den øvre afgrænsning skyldes, at registeroplysninger om uddannelse kun findes for borgere født efter 1920 (som alle var fyldt 85 år d. 1. januar 2007). Definitionen af social ulighed findes i kapitlet om social ulighed.

2.4.1 Kronisk sygdom

Forekomsten af kroniske sygdomme kan opgøres ved at anvende forskellige datakilder såsom centrale nationale registre og/eller spørgeskemaer. De centrale nationale registre indeholder dog ikke direkte information om, hvorvidt en borger har en kronisk sygdom eller ej. Ud fra oplysninger om diagnoser ved kontakt til hospitalssektoren, køb af medicin på recept samt enkelte ydelser i primærsektoren kan borgere med kronisk sygdom identificeres. For de fleste sygdomme er denne praksis benyttet i denne rapport. For slidgigt, ryggsygdom, allergi og hyppig hovedpine eller migræne er forekomsten opgjort ud fra spørgeskemadata, da disse sygdomme primært behandles i almen praksis og ikke på hospital, hvorfor disse borgere ikke har en kontakt i LPR. Derudover er den medicinske behandling ikke specifik for disse sygdomme og flere af lægemidlerne kan fås i håndkøb, hvorfor Lægemedeldatabasen heller ikke kan anvendes til definition af disse fire sygdomme. De anvendte registeralgoritmer til identifikation af borgere med kronisk sygdom har været i høring hos de sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden i 2013.

I hvert sygdomskapitel vises de benyttede dataalgoritmer til identifikation af borgere med kronisk sygdom. For slidgigt,

ryggsygdom, allergi og hyppig hovedpine eller migræne vises de spørgsmål, der ligger til grund for definitionen af sygdommene. Multisygdom defineres i denne rapport som forekomsten af flere samtidige kroniske sygdomme, defineret ud fra registerdata, og er baseret på følgende 11 sygdomme: Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, svær psykisk lidelse, langvarig depression og demens. Dvs. slidgigt, ryggsygdom, allergi og hyppig hovedpine eller migræne indgår ikke i definitionen af multisygdom.

Ved brug af registeroplysninger vil man i nogle tilfælde underestimere forekomsten af kroniske sygdomme. Det gælder specielt forekomsten af sygdomme, som primært diagnosticeres og behandles i almen praksis som eksempelvis allergi, en række muskelskeletsygdomme samt hovedpine. Omvendt vil man ved anvendelse af spørgeskemaoplysninger kunne både over- og underestimere forskellige sygdomme. Overestimeringen kan ske, hvis borgerne har fået at vide af lægen, at de har en sygdom, uden at der er foregået en egentlig diagnosticering. En underestimering kan ske, hvis borgerne glemmer at angive, at de har en given sygdom.

2.4.2 Forekomst og nye sygdomstilfælde

For hver kronisk sygdom baseret på registerdata defineres forekomsten (prævalens) pr. 1. januar i hvert af årene 2007, 2010, 2013 og 2016, og nye sygdomstilfælde (incidens) i løbet af 2007, 2010, 2013 og 2015. For at en person defineres som prævalent med en sygdom pr. 1. januar 2007, 2010, 2013 eller 2016, kræver det, at de betingelser som er anført under de enkelte sygdomme, er opfyldt inden for de seneste 5 år. For at en person defineres som incident med en sygdom i henholdsvis 2007, 2010, 2013 eller 2015 kræver det, at personen *ikke* har

opfyldt betingelserne for prævalens inden for de seneste 5 år, men opfylder betingelserne for prævalens i løbet af henholdsvis 2007, 2010, 2013 eller 2015.

For sygdomme, som defineres ud fra spørgeskemadata, vises forekomsten for årene 2010, 2013 og 2017. For disse sygdomme er det ikke muligt at definere incidens, da der ikke er spurgt om, hvornår sygdommen er opstået.

2.4.3 Fysisk og mental sundhed

Dårlig fysisk og mental sundhed omfatter i denne rapport mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred, højt stressniveau samt meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer.

Spørgeskemadata fra 2010, 2013 og 2017 anvendes til denne opgørelse. Se bilag i kapitel 21 for spørgsmål, der ligger til grund for definitionen af de nævnte indikatorer for fysisk og mental sundhed.

2.4.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

En uhensigtsmæssig risikoprofil (uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer) omfatter i denne rapport: følgende adfærdstyper og risikofaktorer: Rygning (daglig og lejlighedsvis), storforbrug af alkohol, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet, moderat og svær overvægt samt svage sociale

relationer. Spørgeskemadata fra 2010, 2013 og 2017 anvendes til denne opgørelse. Se bilag i kapitel 21 for spørgsmål, der ligger til grund for definitionen af de nævnte indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer.

2.4.5 Motivation for adfærdsændring

Motivation for adfærdsændring opgøres blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil. Spørgeskemadata fra 2010, 2013 og 2017 anvendes til denne opgørelse. Se bilag i kapitel 21 for

spørgsmål, der ligger til grund for definitionen af motivation for adfærdsændring.

2.4.6 Forebyggelse

Forebyggelse opgøres blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil og omfatter borgere, som har *fået information om muligheden for hjælp* til adfærdsændring og borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring.

Spørgeskemadata fra 2013 og 2017 anvendes til denne opgørelse. Se bilag i kapitel 21 for spørgsmål, der ligger til grund for definitionen af forebyggelse.

2.4.7 Forbrug af sundhedsydelser

Forbrug af sundhedsydelser omfatter kontakter til sundhedsvæsenet og inkluderer kontakter (inkl. telefon, e-mail, besøg) til henholdsvis praksissektor og hospitalssektor (både somatik og psykiatri) på baggrund af oplysninger fra Sygesikringsregisteret, LPR og LPR-PSYK. Der opgøres kontakter for 2007, 2010, 2013 og 2015 for borgere med den pågældende sygdom

pr. 1. januar det pågældende år. Der er ikke tale om diagnose-specifikke kontakter, og blandt borgere med en given kronisk sygdom indgår alle kontakter i opgørelsen, uanset om kontakten har med den pågældende sygdom at gøre. I bilag i kapitel 21 ses definitioner på de kontakter, som anvendes i denne rapport.

2.4.8 Behandlingsudgifter

Behandlingsudgifter er defineret på baggrund af oplysninger fra Sygesikringsregistret, Lægemedeldatabasen og takstdata på det somatiske og psykiatriske område. Der opgøres kun behandlingsudgifter for kalenderåret 2015. For alle behandlingsudgifter inkluderes både regionale udgifter og kommunal medfinansiering. For behandlingsudgifter i hospitalssektoren – både indlæggelser og ambulante besøg – benyttes oplysninger fra takstdata (Diagnose Relaterede Grupper (DRG) og Dansk Ambulant Grupperingsystem (DAGS)). Udgifter til offentligt betalte behandlinger på private hospitaler er også inkluderet.

Udgifter til ydelser i praksissektoren omfatter kontakter til almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, fodterapi og tandlæge og hentes fra Sygesikringsregistret. Udgifter til medicin omfatter desuden borgerens egenbetaling. For alle udgifter gælder, at de ikke er diagnosespecifikke. Blandt borgere med en given kronisk sygdom indgår derfor alle behandlingsudgifter i beregningerne, uanset om udgiften er relateret til den pågældende sygdom. I bilag i kapitel 21 ses definitioner på de behandlingsudgifter, som anvendes i denne rapport.

2.4.9 Planlægningsområder i Region Hovedstaden

For at understøtte og sikre de bedst mulige organisatoriske rammer for samarbejde mellem hospitalerne, de psykiatriske centre og kommunerne er Region Hovedstaden inddelt i fire planlægningsområder, som hvert omfatter en række kommuner (Tabel 2.3). De fire planlægningsområder er: Nord, Midt, Byen og Syd. Borgerne er tilknyttet et planlægningsområde ud fra deres bopæl. København er inddelt i 10 bydele, som fordeler

sig i planlægningsområde Byen og Syd. Bornholms Hospital har særstatus grundet sin geografiske placering og Bornholm indgår derfor separat i tabellerne. Rigshospitalet-Glostrup indgår ikke i oversigten over planlægningsområder, da hospitalet varetager hovedparten af de højt specialiserede behandlinger i hele Region Hovedstaden.

Tabel 2.3 Oversigt over planlægningsområder samt tilhørende hospitaler

	Planlægningsområder				Bornholm
	Nord	Midt	Byen	Syd	
Kommuner og bydele	Allerød Fredensborg Frederikssund Gribskov Halsnæs Helsingør Hillerød Hørsholm	Ballerup Egedal Furesø Gentofte Gladsaxe Herlev Lyngby-Taarbæk Rudersdal Rødovre	Frederiksberg Bispebjergbydel Brønshøj-Husum bydel Indre By bydel Nørrebro bydel Vanløse bydel Østerbro bydel	Albertslund Brøndby Dragør Glostrup Hvidovre Høje-Taastrup Ishøj Tårnby Vallensbæk Amager Vest bydel Amager Øst bydel Valby bydel Vesterbro bydel	Bornholm
Hospitaler	Nordsjællands Hospital	Herlev-Gentofte Hospital	Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Hvidovre-Amager Hospital	Bornholms Hospital

2.5 Formidling og læsevejledning

2.5.1 Præsentation af resultater

I denne sundhedsprofil præsenteres resultater for 15 kroniske sygdomme samt multisygdom for perioden 2007 til 2016. For hver sygdom vises resultater for forekomst (prævalens) og nye sygdomstilfælde i løbet af det seneste år (incidens), forekomst af de fem hyppigste samtidige kroniske sygdomme, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer, motivation for adfændsændring, forebyggelse, forbrug af sundhedsydelse samt behandlingsudgifter. Resultater for hver kronisk sygdom vises i et kapitel for sig. Det vil sige, at borgere, som eksempelvis både har diabetes og KOL, vil indgå i resultaterne

både for diabetes og for KOL. Derudover er der et kapitel om multisygdom omhandlende borgere med tre eller flere kroniske sygdomme samt et kapitel om social ulighed, hvori forekomst af kronisk sygdom og forbrug af sundhedsydelser præsenteres med fokus på social ulighed. I afsnit omhandlende forekomst og nye tilfælde præsenteres resultater på planlægningsområdeniveau. Resultater på kommuneniveau præsenteres ikke i nærværende rapport, men udvalgte opgørelser kan findes på forskningscenterets hjemmeside.

2.5.2 Præsentation af forekomst af kronisk sygdom

I hvert sygdomskapitel opgøres forekomsten (både prævalens og incidens) af den pågældende sygdom i forhold til en række sociodemografiske faktorer herunder køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund samt i forhold til de fire planlægningsområder og Bornholm. Dermed sættes der fokus på de befolkningsgrupper, som har den højeste og laveste forekomst af en given kronisk sygdom. I hver regionstabel præsenteres forekomsten af den pågældende sygdom i de forskellige befolkningsgrupper i 2016, 2013 og 2007 for sygdomme defineret ud fra registerdata og 2017, 2013

og 2007 for sygdomme defineret ud fra spørgeskemadata. For sygdomme defineret ud fra registerdata præsenteres desuden nye tilfælde i 2015, 2013 og 2007. Dette muliggør sammenligninger mellem årene. Et eksempel på en tabel af denne type kan ses i Tabel 2.4. For at øge læsevenligheden er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Det betyder, at summen af underkategorier i en regionsopgørelse ikke nødvendigvis svarer præcist til regionsresultatet i samme opgørelse.

Table 2.4 Læsevejledning for regionstabeller. Eksempel: Borgere med diabetes 1. januar 2016, 2013 og 2007, og borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015, 2013 og 2007 (tabel 5.2 i rapporten)

Tallet angiver, at 4,1 % af borgerne i aldersgruppen 45-54 år har diabetes i 2016

Visuel præsentation af de 4,1 % af borgerne i aldersgruppen 45-54 år, som har diabetes

Tallet angiver, at 10.100 personer i aldersgruppen 45-54 år har diabetes

Andel i hhv. 2013 og 2007. # angiver, at andelen er statistisk signifikant forskellig fra andel i 2016 for prævalens og fra andel i 2015 for incidens

Tallet angiver, at 0,5 % af borgerne i aldersgruppen 45-54 år har fået konstateret diabetes i løbet af 2015

	Prævalens			Incidens					
	2016 %	Personer		2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	5,0	73.800		4,9 [#]	3,9 [#]	0,4	5.500	0,4	0,4
Køn									
Mand	5,7	40.900		5,6 [#]	4,4 [#]	0,4	3.000	0,4	0,5
Kvinde	4,4	33.000		4,2 [#]	3,4 [#]	0,4	2.500	0,4	0,3
Alder									
16-24 år	0,5	1.100		0,5	0,4 [#]	0,0	100	0,0	0,0
25-34 år	0,7	1.800		0,6	0,6 [#]	0,1	200	0,1	0,1
35-44 år	1,6	4.000		1,6	1,4 [#]	0,2	500	0,2	0,2
45-54 år	4,1	10.100		4,0	3,5 [#]	0,5	1.100	0,4	0,5
55-64 år	8,5	16.400		8,6 [#]	6,8 [#]	0,7	1.300	0,8	0,8 [#]
65-79 år	13,4	30.800		13,1 [#]	10,5 [#]	0,9	1.800	0,9	1,0 [#]
80+ år	14,0	9.600		12,5 [#]	9,8 [#]	0,9	500	0,9	0,8 [#]
Uddannelse (16-85 årige)									
Under uddannelse	0,6	1.200		0,6	0,5 [#]	0,1	100	0,1	0,0
Grundskole	9,4	22.400		8,8 [#]	6,5 [#]	0,8	1.700	0,7	0,7 [#]
Gymnasial	3,5	3.300		3,2 [#]	2,1 [#]	0,3	300	0,3	0,2 [#]
Erhvervsfaglig	7,2	25.500		6,7 [#]	4,7 [#]	0,6	1.800	0,5	0,5 [#]
Kort og mellemlang videreg.	3,9	10.400		3,7 [#]	2,6 [#]	0,3	800	0,3	0,3
Lang videregående	2,4	4.600		2,3	1,9 [#]	0,2	300	0,2	0,2
Erhvervstilknytning									
I beskæftigelse	2,6	20.700		2,6	2,0 [#]	0,3	2.000	0,3	0,3
Arbejdsløs	3,8	900		3,8	3,1 [#]	0,5	100	0,5	0,4
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	6,5	4.400		5,7 [#]	4,1 [#]	0,7	400	0,6	0,5 [#]
Førtidspensionist	13,9	6.600		13,3 [#]	11,0 [#]	1,1	500	1,2	1,0
Pensionist	13,9	38.900		13,0 [#]	10,1 [#]	0,9	2.200	0,9	0,9
Samlivsstatus (25+ årige)									
Enlig	6,5	32.900		6,3 [#]	5,1 [#]	0,5	2.400	0,5	0,5
Samlevende	5,3	39.800		5,2 [#]	3,9 [#]	0,4	2.900	0,4	0,4
Etnisk baggrund									
Danmark	5,0	59.300		4,8 [#]	3,9 [#]	0,4	4.200	0,4	0,4
Andre vestlige lande	2,6	2.600		2,8 [#]	2,8 [#]	0,2	200	0,3	0,3 [#]
Ikke-vestlige lande	6,8	11.900		6,5 [#]	4,9 [#]	0,7	1.000	0,7	0,6 [#]
Planlægningsområder									
Nord	5,8	14.900		5,6 [#]	4,0 [#]	0,4	900	0,4	0,4
Midt	5,0	18.200		4,8 [#]	3,8 [#]	0,4	1.400	0,4	0,4
Syd	5,5	23.400		5,3 [#]	4,2 [#]	0,5	1.900	0,5	0,4 [#]
Byen	3,9	14.800		3,9	3,5 [#]	0,3	1.100	0,3	0,3
Bornholm	7,3	2.500		6,7 [#]	4,7 [#]	0,6	200	0,6	0,7

0 5 10 15 20%

0 1 2 3 4 5%

2.5.3 Præsentation af fysisk og mental sundhed

I hvert sygdomskapitel opgøres forekomsten af dårlig fysisk og mental sundhed for 2017, 2013 og 2010 blandt borgere med den pågældende sygdom. Dårlig fysisk og mental sundhed omfatter i denne rapport følgende fem indikatorer: Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred, højt stressniveau samt meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer. Forekomsten af hver indikator og udvikling over tid beskrives og sammenlignes med borgere

i regionen som helhed. Resultater for regionen som helhed kan findes i kapitel 4. Derudover beskrives hvorvidt forekomsten af dårlig fysisk og mental sundhed, blandt borgere med den pågældende sygdom, ligger højt eller lavt i forhold til andre kroniske sygdomme. Der vises ikke resultater for borgere med demens, da få personer med demens har besvaret spørgsmålene angående fysisk og mental sundhed.

2.5.4 Præsentation af sundhedsadfærd og risikofaktorer

I hvert sygdomskapitel opgøres forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) for 2017, 2013 og 2010 blandt borgere med den pågældende sygdom. En uhensigtsmæssig risikoprofil omfatter i denne rapport følgende syv indikatorer: Rygning (daglig og lejlighedsvis rygning), storforbrug af alkohol, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet, moderat og svær overvægt samt svage sociale relationer. Forekomsten af hver indikator

og udvikling over tid beskrives og sammenlignes med borgere i regionen som helhed. Resultater for regionen som helhed kan findes i kapitel 4. Derudover beskrives om forekomsten af uhensigtsmæssig risikoprofil, blandt borgere med den pågældende sygdom, ligger højt eller lavt i forhold til andre kroniske sygdomme. Der vises ikke resultater for borgere med demens, da få personer med demens har besvaret spørgsmålene angående sundhedsadfærd og risikofaktorer.

2.5.5 Motivation for adfærdsændring

Blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom og med uhensigtsmæssig risikoprofil opgøres andelen, som er motiveret for adfærdsændring, for 2017, 2013 og 2010 i hvert sygdomskapitel. Blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom vises derfor følgende opgørelser for henholdsvis 2017, 2013 og 2010:

- Andelen, som gerne vil holde op med at ryge blandt rygere (daglig og lejlighedsvis rygere)
- Andelen, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med storforbrug af alkohol
- Andelen, som gerne vil spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster
- Andelen, som gerne vil være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet

- Andelen, som gerne vil tabe sig blandt borgere, som er moderat overvægtige
- Andelen, som gerne vil tabe sig blandt borgere, som er svært overvægtige

Motivation for adfærdsændring for hver indikator og udvikling over tid beskrives og sammenlignes med borgere i regionen som helhed. Resultater for regionen som helhed kan findes i kapitel 4. Derudover beskrives, om motivation for adfærdsændring, blandt borgere med den pågældende sygdom, ligger højt eller lavt i forhold til andre kroniske sygdomme. Der vises ikke resultater for borgere med demens, da få personer med demens har besvaret spørgsmålene angående motivation for adfærdsændring.

2.5.6 Forebyggelse

Blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom og med uhensigtsmæssig risikoprofil opgøres andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til adfærdsændring og andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring for 2017 og 2013 i hvert sygdomskapitel. Blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom vises derfor følgende opgørelser:

- Andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop blandt rygere (daglig og lejlighedsvis rygere)
- Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop blandt rygere (daglig og lejlighedsvis rygere)
- Andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med et storforbrug af alkohol
- Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med et storforbrug af alkohol

- Andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere blandt borgere med et usundt kostmønster
- Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere blandt borgere med et usundt kostmønster
- Andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere med lav fysisk aktivitet
- Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere med lav fysisk aktivitet
- Andelen, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv blandt borgere, som er overvægtige
- Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv blandt borgere, som er overvægtige

Forebyggelse for udvalgte indikatorer i 2017 og udvikling siden 2013 beskrives og sammenlignes med borgere i regionen som helhed. Resultater for regionen som helhed kan findes i kapitel 4. Derudover beskrives om forebyggelse, blandt borgere med

den pågældende sygdom, ligger højt eller lavt i forhold til andre kroniske sygdomme. Der vises ikke resultater for borgere med demens, da få personer med demens har besvaret spørgsmålene angående forebyggelse.

2.5.7 Præsentation af kontakter til sundhedsvæsenet

I hvert sygdomskapitel opgøres andelen af borgere, som har kontakt til sundhedsvæsenet i løbet af henholdsvis 2015, 2013 og 2007 blandt borgere med den pågældende sygdom pr. 1. januar det pågældende år. Der skelnes mellem 12 kontakttyper (Tabel 2.5). Blandt borgere med kontakt til sundhedsvæsenet vises det gennemsnitlige antal kontakter i det pågældende år. Resultaterne for hver kontakttipe samt

udvikling over tid beskrives, og det fremhæves om nogle af kontakttypene ligger højt eller lavt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Der opgøres ikke kontakter for sygdomme baseret på spørgeskemadata, da sygdomme baseret på spørgeskemadata er opgjort i 2017, mens kontakter er opgjort i 2015. Et eksempel på en tabel inkl. læsevejledning, som viser kontakter til sundhedsvæsenet, ses i Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Læsevejledning for tabeller for kontakt til sundhedsvæsenet. Eksempel: Borgere med diabetes med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007 (tabel 5.8 i rapporten)

Tallet angiver, at 23,1 % af borgere med diabetes har haft en akut indlæggelse i 2015

Tallet angiver, at det gennemsnitlige antal akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes, med mindst én akut indlæggelse i 2015 er 1,9

Tallet angiver, at det samlede antal akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes i 2015 er 31.800

Andel med én akut indlæggelse og det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt borgere med diabetes i hhv. 2013 og 2007. # angiver, at andelen/antallet er statistisk signifikant forskellig fra andel/antal i 2015

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	96,6	14,4	1.005.200	96,8 [#]	14,3 [#]	96,2 [#]	14,5 [#]
Speciallægepraksis	60,1	3,3	143.600	60,2	3,4 [#]	55,9 [#]	3,5 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	23,6	1,6	27.500	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	23,1	1,9	31.800	22,7 [#]	1,8 [#]	22,2 [#]	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	63,4	7,5	343.400	62,1 [#]	7,3 [#]	61,1 [#]	7,2 [#]
Planlagte indlæggelser	9,3	1,4	9.600	8,8 [#]	1,4	9,6	1,4
Genindlæggelser	7,0	2,0	9.900	6,6 [#]	1,9	6,1 [#]	1,8 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	7,8	1,3	4.100	7,2 [#]	1,3	8,0	1,3
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,1	2,3	1.800	1,1	2,4	1,2	2,2
Ambulatoriebesøg	2,7	10,8	21.200	2,4 [#]	10,7	2,4 [#]	10,3
Indlæggelser	0,8	2,0	1.200	0,9 [#]	1,9	0,9	1,8
Genindlæggelser	0,2	2,5	400	0,2	2,6	0,2	2,5

2.5.8 Præsentation af behandlingsudgifter

I hvert sygdomskapitel opgøres behandlingsudgifter for 2015 blandt borgere med den pågældende sygdom pr. 1. januar 2015. Behandlingsudgifter vises for forskellige sektorer. Totale medicinudgifter inkluderer også egenbetaling, hvorfor regionale og kommunale behandlingsudgifter til medicin ikke summer til det totale beløb.

Behandlingsudgifter for 2015 beskrives, og det fremhæves, om nogle af kontakttyperne ligger højt eller lavt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Der opgøres ikke behandlingsudgifter for sygdomme baseret på spørgeskemadata, da sygdomme baseret på spørgeskemadata er opgjort i 2017, mens behandlingsudgifter er opgjort i 2015. Et eksempel på en tabel inkl. læsevejledning, som viser behandlingsudgifter, ses i Tabel 2.6.

Tabel 2.6 Læsevejledning for tabeller for behandlingsudgifter. Eksempel: Behandlingsudgifter i 2015 for borgere med diabetes i Region Hovedstaden (Tabel 5.10 i rapporten)

	Praksissektor (sygesikrings- ydelse) ¹	Hospitalssektor (somatik) ²	Hospitalssektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	300	2.155	162	296	2.913
Pr. person (kr.)	4.200	29.800	2.200	4.100	40.300
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	49	708	28	18	803
Pr. person (kr.)	700	9.800	400	200	11.100
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	350	2.863	190	405	3.808
Pr. person (kr.)	4.800	39.600	2.600	5.600	52.700

2.5.9 Social ulighed

I kapitlet om social ulighed vises figurer, som illustrerer, om der er social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom i 2016 og om den sociale ulighed har ændret sig siden 2007. Der vises resultater for multisygdom samt alle 15 kroniske sygdomme - bortset fra kræft. Kræft er en samlet betegnelse for en lang række kræftsygdomme, som ikke kan slås sammen i en enkelt gruppe, når man analyserer social ulighed. Resultaterne beskrives, og det beskrives, om der er forskel mellem mænd og kvinder i den sociale ulighed i 2016 og i udviklingen fra 2007 til 2016.

Derudover vises i separate figurer for hver sygdom, om der er social ulighed i andelen, som har kontakt til sundhedsvæsenet i 2015, og om den sociale ulighed i kontakter har ændret sig siden 2007. Der vises resultater for kontakt til almen praksis, speciallægepraksis, akutte somatiske indlæggelser og planlagte ambulante besøg for alle kroniske sygdomme. Derudover vises psykiatriske ambulante besøg samt indlæggelser for svær psykisk lidelse, for de kroniske sygdomme, som forekommer hyppigst blandt borgere med svær psykisk lidelse samt for langvarig depression og multisygdom. For enkelte sygdomme har det ikke været muligt at vise alle kontakttyper på grund af sparsomme data.

2.6 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse – tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed – har udarbejdet "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017".

Hovedkræfterne bag udarbejdelse af nærværende rapport er projektleder og seniorforsker Nanna Borup Johansen (læge, ph.d.), videnskabelige medarbejdere Karen Allesøe (ph.d.), Maja Bülow Lykke (cand. scient.), Maj Bekker-Jeppesen (cand. scient.), Lone Prip Buhelt (MPH), statistiker Anne Helms Andreassen (cand. scient.) og projektleder og seniorforsker Cathrine Juel Lau (ph.d.).

Projektgruppen har desuden bestået af seniorforsker Ann Nielsen (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Kamille Almer Bernsdorf Nielsen (cand.scient.) og Cecilie Goltermann Funder (cand.scient.).

Ansvarlige for datamanagement samt opsætning af den elektroniske spørgeskemaundersøgelse har været datamanager Gert Virenfeldt (cand. scient.) og Carsten Agger (cand. scient.). Herudover har statistiker Rikke Kart Jacobsen (cand. scient.) hjulpet med udvalgte statistiske analyser. Sekretærer Gitte Aaslet og Birgitte Pickering har hjulpet med administrative opgaver.

En referencegruppe bestående af repræsentanter fra de 29 kommuner og Center for Sundhed i Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen i forhold til valg af emner i spørgeskemaet, spørgeskemakonstruktion, lokale pressestrategier, udarbejdelse af analysestrategier,

strukturering af rapporten samt gennemlæsning og kommentering af udvalgte kapitler i rapporten. Referencegruppen består af sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune (Glostrup-klyngen), sundhedskoordinator Lars Ole Andersen, Brøndby Kommune (Hvidovre/Amager-klyngen), udviklingskonsulent Lisbeth Naver, Herlev Kommune (Herlev-klyngen), sundhedskoordinatorer Lena Søeborg og Ina Løye Skafte, Rudersdal Kommune (Gentofte-klyngen), sundhedskonsulent Perle McDonald, Hillerød Kommune (Nord-klyngen), sundhedskonsulent Tine Baatrup, Gribskov Kommune (Nord-klyngen), chefkonsulent Jannie Kilsmark, Københavns Kommune (København/Frederiksberg-klyngen), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune og specialkonsulent Lene Schack-Nielsen fra Center for Sundhed under Region Hovedstaden. Sidstnævnte har også indgået i den milepælsgruppe, som har været tilknyttet processen, sammen med specialkonsulent Anne Hvenegaard Thomsen fra Center for Sundhed under Region Hovedstaden, overlæge ph.d. Anne Frølich fra Bispebjerg-Frederiksberg hospital samt medarbejdere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse – tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Opsætning af spørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og udsendelse af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Huge Consulting ApS og PostNord Strålfors A/S. Udsendelse af papirspørgeskemaer er sket i samarbejde med Bladkompagniet A/S. Trykning, kuvertering samt indscanning af spørgeskemaer er foretaget af Express A/S. Grafisk opsætning og trykning af denne rapport er foretaget af Mercoprint A/S.

2.7 Litteratur

(1) Lau CJ, Lykke M, Andreassen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, et al. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.

(2) Danmarks Statistik. Statistikbanken 2017 [2017 24-11]. www.statistikbanken.dk.

(3) Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreassen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.

(4) Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreassen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014.

(5) Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreassen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden, Koncern Plan og Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2010.



Kapitel 3

Demografi og sociale forhold



3 Demografi og sociale forhold

Alder og uddannelse er faktorer, som er stærkt forbundet med forekomsten af kroniske sygdomme (1). Befolkningens sammensætning og udvikling i forhold til til alder og uddannelseslængde er derfor vigtige faktorer at tage i betragtning, når man vurderer udviklingen i kronisk sygdom. Dette gælder både når man ser på udviklingen på tværs af andre sociodemografiske faktorer og i forhold til geografisk variation. I dette kapitel beskrives indbyggertallet blandt borgere i Region

Hovedstaden på tværs af planlægningsområder og Bornholm (Tabel 3.1). Derefter beskrives alder og uddannelse i forhold til en række sociodemografiske grupper og planlægningsområder i regionen (Tabel 3.2 og Tabel 3.3). Andelene opgøres pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007. Yderligere opgørelse af sociodemografiske variable kan findes i kapitel 2 af "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer"(2).

3.1 Indbyggertal

Den 1.1.2016 var 1.467.000 borgere på 16 år eller derover bosiddende i Region Hovedstaden (Tabel 3.1). Der har i Region Hovedstaden været en befolkningstilvækst blandt borgere på 16 år eller derover på cirka 140.000 borgere siden 2007. I Region Hovedstaden er borgerne fordelt på fire planlægningsområder samt Bornholm.

I 2016 bor 29 % af Region Hovedstadens borgere på 16 år eller derover i planlægningsområde Syd, svarende til 426.900 personer. Planlægningsområde Syd udgør dermed det største planlægningsområde i regionen målt på antallet af indbyggere, mens planlægningsområde Nord udgør det mindste. I alt 18 % af borgere på 16 år eller derover bor i planlægningsområde Nord, svarende til 259.300 personer. Andelen af borgere på 16 år eller derover bosiddende på Bornholm er 2 %.

Tabel 3.1 Andelen og antallet af borgere på 16 år eller derover bosiddende i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007 fordelt på planlægningsområder og Bornholm

	2016		2013		2007	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden		1.467.000		1.413.100		1.327.100
Planlægningsområder						
Nord	18	259.300	18	252.000	18	243.400
Midt	25	361.600	25	351.100	25	334.900
Syd	29	426.900	29	406.700	28	375.600
Byen	26	381.800	26	365.500	25	334.900
Bornholm	2	34.000	2	34.400	3	35.400

3.2 Alder

Tabel 3.2 viser andelen af borgere på 65-79 år og andelen af borgere på 80 år eller derover i forhold til en række sociodemografiske grupper og planlægningsområder pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007.

Regionsniveau: I 2016 er 16 % af borgerne i Region Hovedstaden 65-79 år, svarende til 229.600 personer, mens 4,7 % af borgerne er 80 år eller derover, svarende til 68.700 personer.

Køn: Der er kun en lille kønsforskel i andelen af borgere på 65-79 år, mens andelen af borgere på 80 år eller derover er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Andelen af borgere på 65-79 år og 80-85 år falder med stigende uddannelseslængde,

når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse, er andelen af borgere på 65-79 år mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig uddannelse, mens andelen af borgere på 80-85 år blandt borgere med grundskoleuddannelse, er mere end fire gange så stor.

Samlivsstatus: Der er ingen forskel i andelen af borgere på 65-79 år mellem enlige og samlevende. Derimod er andelen af borgere på 80 år eller derover mere end tre gange større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere på 65-79 år og andelen af borgere på 80 år eller derover er henholdsvis tre og seks

gange større blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Andelen af borgere på 65-79 år og andelen af borgere på 80 år eller derover er cirka dobbelt så stor på Bornholm og i planlægningsområde Nord sammenlignet med planlægningsområde Byen.

Udvikling 2007-2016: I regionen som helhed er andelen af borgere på 65-79 år steget fra 13 % i 2007 til 16 % i 2016, mens andelen af borgere på 80 år eller derover er faldet fra 5,2 % i 2007 til 4,7 % i 2016 (Tabel 3.2). For borgere på 65-79 år gør stigningen sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt borgere med erhvervsfaglig

uddannelse samt kort og mellemlang videregående uddannelse. Omvendt ses et fald blandt borgere med anden vestlig baggrund. For andelen af borgere på 80 år eller derover er udviklingen forskellig i de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse og det største fald ses blandt kvinder.

I alle planlægningsområder og Bornholm er der sket en stigning i andelen af borgere på 65-79 år. De største stigninger ses på Bornholm og i planlægningsområde Nord. For borgere på 80 år eller derover er udviklingen forskellig i de fire planlægningsområder og Bornholm. Den største stigning ses i planlægningsområde Nord, mens det største fald ses i planlægningsområde Byen.

Tabel 3.2 Forekomst af borgere på 65-79 år samt borgere på 80 år eller derover pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007

	65-79 år			80+ år				
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	16	229.600	15#	13#	4,7	68.700	4,7	5,2#
Køn								
Mand	15	106.200	14#	12#	3,4	24.500	3,3#	3,4
Kvinde	16	123.300	16	14#	5,9	44.300	6,1#	6,8#
Uddannelse (16-85 årige)								
Grundskole	25	59.700	25	22#	6,0	14.300	6,1#	6,7#
Gymnasial	8	7.800	7#	4#	0,8	700	0,9#	1,0#
Erhvervsfaglig	25	87.100	23#	17#	4,2	14.700	3,6#	3,4#
Kort og mellemlang videreg.	18	47.700	16#	11#	2,2	6.000	2,1#	1,9#
Lang videregående	11	21.700	11	8#	1,3	2.600	1,4	1,7#
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	18	92.100	18	16#	9,4	47.300	9,9#	11,0#
Samlevende	18	137.500	17#	14#	2,9	21.500	2,7#	2,6#
Etnisk baggrund								
Danmark	18	209.300	17#	14#	5,4	64.300	5,3#	5,7#
Andre vestlige lande	10	10.100	11#	11#	2,9	2.900	3,4#	4,5#
Ikke-vestlige lande	6	10.200	5#	5#	0,9	1.500	0,8#	0,7#
Planlægningsområder								
Nord	22	56.300	20#	16#	5,6	14.600	5,2#	4,7#
Midt	18	64.600	18	15#	6,3	22.700	6,2	6,3
Syd	13	57.100	13	12#	3,8	16.100	3,9#	4,2#
Byen	11	43.100	11	10#	3,4	12.800	3,8#	5,2#
Bornholm	25	8.400	22#	17#	7,5	2.500	7,0#	7,0#

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016

3.3 Uddannelse

Tabel 3.3 viser andelen af borgere med henholdsvis grundskoleuddannelse og lang videregående uddannelse i forhold til en række sociodemografiske grupper og planlægningsområder pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007.

Regionsniveau: I 2016 har 18 % af borgere i alderen 16-85 år i Region Hovedstaden grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse, svarende til 238.300 personer, mens 14 % har en lang videregående uddannelse, svarende til 190.600 personer (Tabel 3.3).

Køn: Der er kun en lille kønsforskel i andelen af borgere med grundskoleuddannelse, mens andelen af borgere med lang videregående er lidt større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Der ses en stigende andel af borgere med grundskoleuddannelse og en faldende andel af borgere med lang videregående uddannelse med stigende alder, når man ser bort fra de 16-34 årige.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er mere end fire gange så stor blandt førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Omvendt er andelen af borgere med lang videregående uddannelse syv gange større blandt borgere i beskæftigelse sammenlignet med førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er større blandt enlige sammenlignet med samlevende, mens det omvendte ses blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er to til tre gange større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med henholdsvis dansk og anden vestlig baggrund. I modsætning hertil er andelen af borgere med lang videregående uddannelse størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er størst på Bornholm og i planlægningsområde Syd og mindst i planlægningsområde Byen, mens andelen af borgere med lang videregående uddannelse er størst i planlægningsområde Byen og mindst på Bornholm og i planlægningsområde Nord.

Udvikling 2007-2016: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er faldet fra 23 % i 2007 til 18 % i 2016, mens andelen af borgere med lang videregående uddannelse er steget fra 10 % i 2007 til 14 % i 2016 (Tabel 3.3). For andelen af borgere med grundskoleuddannelse gør faldet sig gældende i alle sociodemografiske grupper. De største fald ses i de to ældste aldersgrupper og blandt pensionister. For andelen af borgere med lang videregående uddannelse gør stigningen sig gældende i alle de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 35-44 årige.

I alle planlægningsområder og på Bornholm er der sket et fald i andelen af borgere med grundskoleuddannelse. De største fald ses på Bornholm og i planlægningsområderne Byen og Syd. For andelen af borgere med lang videregående uddannelse er der sket en stigning i de fleste planlægningsområder, mens andelen er uændret på Bornholm. De største stigninger ses i planlægningsområde Syd og planlægningsområde Byen.

Tabel 3.3 Borgere med grundskoleuddannelse samt borgere med lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse pr. 1. januar 2016, 2013 og 2007

	Grundskoleuddannelse				Lang videregående uddannelse			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	18	238.300	19 [#]	23 [#]	14	190.600	13 [#]	10 [#]
Køn								
Mand	18	117.900	19 [#]	22 [#]	15	99.200	14 [#]	12 [#]
Kvinde	17	120.500	19 [#]	24 [#]	13	91.400	11 [#]	8 [#]
Alder								
16-24 år	13	26.700	14 [#]	19 [#]	0	200	0	0
25-34 år	12	26.900	13 [#]	15 [#]	20	46.500	18 [#]	14 [#]
35-44 år	13	30.300	14 [#]	18 [#]	24	56.400	21 [#]	15 [#]
45-54 år	17	39.300	19 [#]	24 [#]	16	38.700	14 [#]	12 [#]
55-64 år	22	41.200	23 [#]	25 [#]	13	24.400	12 [#]	10 [#]
65-79 år	27	59.700	30 [#]	39 [#]	10	21.700	8 [#]	6 [#]
80+ år	37	14.300	42 [#]	50 [#]	7	2.600	6 [#]	5 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	12	87.200	13 [#]	17 [#]	21	156.100	19 [#]	14 [#]
Arbejdsløs	23	4.900	27 [#]	28 [#]	18	3.800	15 [#]	14 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	43	26.100	45 [#]	45 [#]	7	4.000	5 [#]	5 [#]
Førtidspensionist	52	23.500	52 [#]	55 [#]	3	1.300	3	2 [#]
Pensionist	29	72.200	33 [#]	41 [#]	7	18.000	6 [#]	5 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	24	106.200	26 [#]	30 [#]	12	55.400	11 [#]	9 [#]
Samlevende	15	105.500	17 [#]	20 [#]	19	135.000	17 [#]	13 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	17	192.900	18 [#]	22 [#]	14	167.300	13 [#]	10 [#]
Andre vestlige lande	9	5.300	11 [#]	14 [#]	21	12.100	18 [#]	15 [#]
Ikke-vestlige lande	30	40.100	31 [#]	35 [#]	8	11.300	7 [#]	6 [#]
Planlægningsområder								
Nord	19	46.800	21 [#]	24 [#]	10	23.600	9 [#]	8 [#]
Midt	16	52.200	17 [#]	20 [#]	17	55.000	15 [#]	13 [#]
Syd	21	81.000	23 [#]	27 [#]	11	42.300	9 [#]	6 [#]
Byen	14	47.700	16 [#]	20 [#]	20	68.300	18 [#]	14 [#]
Bornholm	29	9.300	31 [#]	36 [#]	3	1.100	3	3

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2016
 Tabellen er begrænset til de 16-85 årige

3.4 Litteratur

(1) Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreasen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. 2014.

(2) Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Center for Sundhed, Region Hovedstaden; 2017.



Kapitel 4

Multisygdom



4 Multisygdom

- Forekomsten af multisygdom er steget fra 1,9 % i 2007 til 2,3 % i 2016, når multisygdom opgøres som tre eller flere kroniske sygdomme ud af 11 udvalgte kroniske sygdomme. Den største stigning ses blandt borgere på 80 år eller derover, hvor forekomsten er steget fra 12,3 % i 2007 til 15,1 % i 2016
 - Forekomsten af dårlig fysisk og mental sundhed stiger med antallet af kroniske sygdomme
 - Forekomsten af dårligt fysisk helbred er 57 % og mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred 58 % blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, mens den tilsvarende forekomst er henholdsvis 17 % og 26 % blandt borgere med én kronisk sygdom
 - Forekomsten af lav fysisk aktivitet er 48 % blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, mens den tilsvarende forekomst er 23 % blandt borgere med én kronisk sygdom
 - Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med mindst ét planlagt ambulant besøg, én akut indlæggelse eller genindlæggelse i 2015 stiger med antallet af sygdomme
 - Antallet af ambulante besøg og kontakter til almen praksis i 2015 stiger med antallet af kroniske sygdomme
 - De samlede behandlingsudgifter for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme udgør 2.977 mio. kr., svarende til 88.600 kr. pr. person i 2015
-

Multisygdom defineres som tilstedeværelse af to eller flere samtidige kroniske sygdomme hos samme person på tværs af somatiske og mentale diagnoser (1). Multisygdom er meget udbredt – tal fra den nationale sundhedsprofil i 2013 viser, at hver tredje borger i Danmark lever med to eller flere kroniske sygdomme (2). Forekomsten af multisygdom stiger med stigende alder og er desuden stigende generelt, hvilket blandt andet kan forklares af den demografiske udvikling med en aldrende befolkning (3). Herudover er forekomsten af multisygdom præget af social ulighed. Forekomsten er størst blandt borgere med kort uddannelse og borgere uden for arbejdsmarkedet (2).

Multisygdom skaber udfordringer for borger og sundhedsvæsen på flere fronter. Borgere med multisygdom har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og et dårligere generelt helbred sammenlignet med borgere, som ikke er multisyge (4). Borgere med multisygdom har desuden en øget dødelighed, en øget risiko for funktionsbegrænsning, nedsat livskvalitet og øget risiko for at udvikle yderligere sygdomme (5). Borgere med multisygdom har herudover ofte et øget behov for hjælp og støtte i dagligdagen og et større forbrug af sundhedsydelse (4). For den enkelte er det ofte en stor udfordring at navigere mellem forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb i et sundhedsvæsen, der mange steder er opdelt i specialer og sektorer.

Behovet for koordinering og organisering af komplekse patientforløb stiller store krav til sundhedsvæsenet (3), blandt

andet fordi borgerne behandles med mange forskellige typer medicin (polyfarmaci), og fordi behandlingen af én sygdom kan komplicere behandlingen af andre tilstedeværende sygdomme. Dette øger risikoen for fejlmedicinering, bivirkninger og modsatrettede virkninger (3). Behandlingen af multisygdom er desuden forbundet med store økonomiske omkostninger, som formodentligt vil stige i takt med at befolkningen bliver ældre (3).

Det stigende antal borgere med multisygdom stiller høje krav til det danske sundhedsvæsen, som både fagligt og organisatorisk skal tilpasses for at kunne give den optimale behandling. Samtidigt er forebyggelsespotentialer blandt borgere med multisygdom stort, og mange er motiverede for at ændre adfærd (4).

Forekomsten af multisygdom afhænger i høj grad af hvor mange kroniske sygdomme, der inkluderes i definitionen og om der benyttes registerdata og/eller spørgeskemadata i opgørelsen. I denne rapport har vi valgt udelukkende at inkludere sygdomme, der er defineret ud fra registerdata. Fokus er primært på borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, men enkelte steder suppleres med resultater for borgere uden kronisk sygdom og med henholdsvis én eller to kroniske sygdomme. Se Tabel 4.1 for sygdomme inkluderet i definitionen af multisygdom i denne rapport.

Tabel 4.1 Definition af multisygdom

Alle opgørelser af 1, 2, 3+ kroniske sygdomme er defineret på baggrund af følgende 11 kroniske sygdomme

- Diabetes
- Hjertesygdom
- Apopleksi
- KOL
- Astma
- Kræft
- Inflammatorisk ledsygdom
- Knogleskørhed
- Langvarig depression
- Svær psykisk lidelse
- Demens

Ovenstående sygdomme defineres i de enkelte sygdomskapitler

4.1 Forekomst af multisygdom

Regionsniveau: I 2016 er der 2,3 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har tre eller flere kroniske sygdomme, svarende til 34.200 personer (Tabel 4.2).

Køn: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er højere blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme forekommer stort set ikke før 25 års alderen. Herefter stiger forekomsten med stigende alder fra 0,1 % blandt de 25-34 årige til 15,1 % blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således mere end fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er højest blandt pensionister og førtidspensionister og lavest blandt arbejdsløse borgere og borgere i beskæftigelse. Den høje forekomst blandt pensionister er i overensstemmelse med den høje forekomst blandt de ældste aldersgrupper.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er mere end dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er højest blandt borgere med dansk baggrund og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme varierer fra 1,9 % i planlægningsområde Byen til 3,8 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af multisygdom 2007-2016: Forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme blandt borgere i regionen som helhed er steget fra 1,9 % i 2007 til 2,2 % i 2013 og til 2,3 % i 2016 (Tabel 4.2). Stigningen i forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper, dog ses et lille fald blandt borgere med anden vestlig baggrund. I planlægningsområderne ses den største stigning fra 2007 til 2016 på Bornholm, mens forekomsten er uændret i Byen.

Tabel 4.2 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme 1. januar 2016, 2013 og 2007

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	2,3	34.200	2,2 [#]	1,9 [#]
Køn				
Mand	2,1	14.800	1,9 [#]	1,5 [#]
Kvinde	2,6	19.400	2,5 [#]	2,1 [#]
Alder				
16-24 år	0,0	100	0,0	0,0
25-34 år	0,1	100	0,0	0,0 [#]
35-44 år	0,2	500	0,2	0,1 [#]
45-54 år	0,8	2.100	0,8	0,7 [#]
55-64 år	2,7	5.100	2,7	2,0 [#]
65-79 år	7,0	16.000	6,6 [#]	6,0 [#]
80+ år	15,1	10.400	14,5 [#]	12,3 [#]
Uddannelse (16-85 årige)				
Under uddannelse	0,0	100	0,0	0,0
Grundskole	4,5	10.800	4,2 [#]	3,3 [#]
Gymnasial	1,0	900	0,9 [#]	0,5 [#]
Erhvervsfaglig	3,1	10.900	2,7 [#]	1,9 [#]
Kort og mellemlang videreg.	1,6	4.300	1,4 [#]	1,0 [#]
Lang videregående	0,8	1.500	0,8	0,6 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	0,4	3.000	0,4	0,2 [#]
Arbejdsløs	0,4	100	0,3	0,3
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,3	1.500	1,7 [#]	0,8 [#]
Førtidspensionist	7,5	3.600	7,2	5,9 [#]
Pensionist	9,2	25.800	8,6 [#]	7,3 [#]
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	4,0	19.900	3,9 [#]	3,3 [#]
Samlevende	1,9	14.200	1,8 [#]	1,3 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	2,6	30.500	2,4 [#]	2,0 [#]
Andre vestlige lande	1,2	1.200	1,3 [#]	1,4 [#]
Ikke-vestlige lande	1,4	2.500	1,3 [#]	0,8 [#]
Planlægningsområder				
Nord	2,6	6.700	2,3 [#]	1,6 [#]
Midt	2,5	9.100	2,3 [#]	1,9 [#]
Syd	2,3	9.900	2,2 [#]	1,9 [#]
Byen	1,9	7.200	2,0 [#]	1,9
Bornholm	3,8	1.300	3,3 [#]	2,3 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016

4.2 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med tre eller flere kroniske sygdomme markant højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed og ligeledes også højere forekomster sammenlignet med borgere med henholdsvis én eller to kroniske sygdomme (Tabel 4.3). Som det ses i Tabel 4.3 er der en tendens til, at forekomsten af dårlig fysisk og mental sundhed stiger med antallet af kroniske sygdomme. Dette er mest markant for dårligt fysisk helbred og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. Det er også for disse indikatorer, at andelen er markant større blandt borgere med tre eller flere kroniske sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 58 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, svarende til 16.100 personer, og 57 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 13.000 personer. Der er tale om fire til seks gange så store andele sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses et fald i andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred fra 67 % i 2010 til 58 % i 2017 (Tabel 4.3). Omvendt ses en stigning i andelen af borgere, som har søvnproblemer fra 22 % i 2010 til 27 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen med højt stressniveau. Til sammenligning ses der i regionen som helhed også en stigning i andelen med søvnproblemer fra 2010 til 2017 og i andelen med højt stressniveau fra 2013 til 2017. Derimod ses ingen ændring i andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred fra 2010 til 2017 (Tabel 4.3).

Tabel 4.3 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med og uden kronisk sygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred				
Region Hovedstaden	15	222.500	13 [#]	15
1 kronisk sygdom	26 *	69.400	24 [#]	28 [#]
2 kroniske sygdomme	45 *	33.000	44	49 [#]
3+ kroniske sygdomme	58 *	16.100	62	67 [#]
Dårligt fysisk helbred				
Region Hovedstaden	9	133.300	9	9
1 kronisk sygdom	17 *	42.800	16	18
2 kroniske sygdomme	35 *	22.600	34	39 [#]
3+ kroniske sygdomme	57 *	13.000	55	62
Dårligt mentalt helbred				
Region Hovedstaden	14	195.700	11 [#]	11 [#]
1 kronisk sygdom	17 *	42.600	16	16 [#]
2 kroniske sygdomme	21 *	13.700	21	20
3+ kroniske sygdomme	27 *	6.200	29	25
Højt stressniveau				
Region Hovedstaden	26	364.100	21 [#]	22 [#]
1 kronisk sygdom	30 *	77.900	27 [#]	30
2 kroniske sygdomme	38 *	25.900	36	41
3+ kroniske sygdomme	50 *	12.400	43 [#]	53
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer				
Region Hovedstaden	14	198.800	11 [#]	11 [#]
1 kronisk sygdom	18 *	47.500	15 [#]	15 [#]
2 kroniske sygdomme	23 *	16.600	20 [#]	22
3+ kroniske sygdomme	27 *	7.100	22 [#]	22 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med tre eller flere kroniske sygdomme højere forekomster af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med regionen som helhed, bortset fra rygning, hvor forekomsten er lavere (Tabel 4.4). Især er andelen med lav fysisk aktivitet og andelen af svært overvægtige borgere væsentligt større blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 48 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme lav fysisk aktivitet, svarende til 12.300 personer, og 26 % er svært overvægtige, svarende til 6.900 personer. Til sammenligning er forekomsten af lav fysisk aktivitet 19 % og svær overvægt 13 % i regionen som helhed.

Hvad angår andelen af borgere med et usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet, svær overvægt og svage sociale relationer ses en tendens til en stigende forekomst, jo flere kroniske sygdomme borgene har. Hvad angår rygning, storforbrug af alkohol og moderat overvægt ses ikke en lignende tendens.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses et fald i andelen af rygere fra 25 % i 2010 til 20 % i 2017, og i andelen med et storforbrug af alkohol fra 14 % i 2010 til 10 % i 2017 (Tabel 4.4). Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode.

Tabel 4.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med og uden kronisk sygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)				
Region Hovedstaden	23	340.000	22 [#]	25 [#]
1 kronisk sygdom	24	62.200	22	25 [#]
2 kroniske sygdomme	23	16.300	24	28 [#]
3+ kroniske sygdomme	20	5.300	23	25 [#]
Storforbrug af alkohol				
Region Hovedstaden	8	118.000	10 [#]	13 [#]
1 kronisk sygdom	10	24.200	11 [#]	13 [#]
2 kroniske sygdomme	10	7.000	12	13 [#]
3+ kroniske sygdomme	10	2.600	11	14 [#]
Usundt kostmønster				
Region Hovedstaden	12	177.200	10 [#]	10 [#]
1 kronisk sygdom	15	38.200	12 [#]	12 [#]
2 kroniske sygdomme	19	13.100	16 [#]	15 [#]
3+ kroniske sygdomme	20	4.900	22	16
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)				
Region Hovedstaden	19	269.500	16 [#]	15 [#]
1 kronisk sygdom	23	59.200	21 [#]	20 [#]
2 kroniske sygdomme	33	22.600	33	36
3+ kroniske sygdomme	48	12.300	46	47
Moderat overvægt				
Region Hovedstaden	31	451.600	30 [#]	30 [#]
1 kronisk sygdom	34	88.400	34	35
2 kroniske sygdomme	34	23.900	37	33
3+ kroniske sygdomme	34	9.000	34	35
Svær overvægt				
Region Hovedstaden	13	191.200	11 [#]	11 [#]
1 kronisk sygdom	19	49.100	17 [#]	17 [#]
2 kroniske sygdomme	27	18.800	24 [#]	23 [#]
3+ kroniske sygdomme	26	6.900	25	27
Svage sociale relationer				
Region Hovedstaden	21	303.100	19 [#]	19 [#]
1 kronisk sygdom	25	64.000	22 [#]	24
2 kroniske sygdomme	31	21.400	29	32
3+ kroniske sygdomme	36	9.300	34	39



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.4 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 4.5 og Tabel 4.6). Den største forskel ses for lav fysisk aktivitet. Hvor 56 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med lav fysisk aktivitet, ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 6.400 personer, gælder det 72 % blandt borgere med lav fysisk aktivitet i regionen som helhed.

Hvad angår rygning, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet samt moderat og svær overvægt ses der en tendens til, at andelen, som er motiveret for adfærdsændring, falder jo flere kroniske sygdomme borgere har (Resultater ikke vist). Dette gælder ikke for borgere med et storforbrug af alkohol.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses ingen statistisk signifikante ændringer i motivation for adfærdsændring, hverken fra 2010 til 2017 eller fra 2013 til 2017 (Tabel 4.5).

Tabel 4.5 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	59*	3.000	60	63
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	32	800	-	34
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	49*	2.400	46	39
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	56*	6.400	57	61
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	68*	6.100	68	70
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	88*	6.000	91	88

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Tabel 4.6 Motivation for adfærdsændring blandt alle borgere i Region Hovedstaden med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	71	238.000	73 [#]	76 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	35	40.700	32 [#]	31 [#]
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	62	110.000	56 [#]	58 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	72	190.400	69 [#]	71
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	82	367.500	82	82
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	94	178.700	94	95

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.5 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, større blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som ryger, har lav fysisk aktivitet eller er overvægtige sammenlignet med tilsvarende borgere i regionen som helhed. Andelen af borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp*, er to til tre gange større blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har et storforbrug af alkohol, har lav fysisk aktivitet eller er overvægtige sammenlignet med tilsvarende borgere i regionen som helhed (Tabel 4.7 og Tabel 4.8).

Der ses en tendens til, at andelen med uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *fået information om muligheden for hjælp* til adfærdsændring, stiger med antallet af kroniske sygdomme, bortset fra usundt kostmønster (Resultater ikke vist). Andelen,

som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring følger samme mønster, dog med undtagelse af rygning (Resultater ikke vist).

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket væsentlige fald i andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, blandt borgere med et usundt kostmønster fra 33 % i 2013 til 18 % i 2017, og blandt overvægtige borgere fra 43 % i 2013 til 36 % i 2017 (Tabel 4.7). Hvad angår andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses et fald blandt borgere med usundt kostmønster fra 15 % i 2013 til 7 % i 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Tabel 4.8).

Tabel 4.7 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	52*	2.600	55
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	10	500	17
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	31	800	-
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	12*	300	-
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	18	800	33 [#]
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	7	300	15 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	26*	2.900	26
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	20*	2.200	16
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	36*	5.300	43 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	22*	3.200	25

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Tabel 4.8 Alle borgere i Region Hovedstaden med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	38	126.500	43 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	7	22.000	7
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	23	27.100	21
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	4	5.200	4
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	16	27.200	20 [#]
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	4	6.800	5 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	18	47.100	22 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	7	19.100	9 [#]
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	21	129.600	26 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	9	56.400	12 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.6 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med tre eller flere kroniske sygdomme (98,7 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 53,5 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 4.9). Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis, har i gennemsnit 20,8 og 4,0 kontakter hertil i 2015.

Henholdsvis 35,1 % og 43,2 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har mindst ét akut ambulante besøg eller mindst én akut indlæggelse i 2015, og 76,3 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har 14 % til 17 % mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med mindst én kontakt, ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har over 9 kontakter.

Hvad angår andelen af borgere med mindst ét planlagt ambulante besøg, én akut indlæggelse eller én genindlæggelse ses en stærk tendens til, at andelen med kontakt til sundhedsvæsenet stiger med antallet af kroniske sygdomme. Samme tendens ses for det gennemsnitlige antal ambulante besøg og for kontakter til almen praksis (Figur 1.16-1.20).

En meget lille andel af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 2,0 % og 6,0 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme mindst ét besøg på psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 1,7 % og 0,5 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse i 2015 (Tabel 4.9). Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme med mindst én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har 6 kontakter.

Udvikling i kontakter og indlæggelsestid 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis steget fra 98,4 % til 98,7 % blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 49,1 % til 53,5 % (Tabel 4.9). I samme periode er der sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt disse borgere, mens det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis er faldet.

For somatiske kontakter ses også en stigning i andelen af borgere med mindst ét planlagt ambulante besøg, én planlagt indlæggelse eller én genindlæggelse. Blandt borgere med mindst én akut indlæggelse, ét planlagt ambulante besøg, én

genindlæggelse eller én forebyggelig indlæggelse ses ligeledes en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter.

For psykiatriske kontakter for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ses fra 2007 til 2015 et fald fra 1,9 % til 1,7 % i andelen med mindst én indlæggelse på psykiatrisk afdeling,

mens der ikke ses nogen ændring i det gennemsnitlige antal kontakter. Der ses heller ingen ændring i andelen eller antallet af kontakter til psykiatrisk skadestue eller genindlæggelser på psykiatrisk afdeling, mens der ses et fald i det gennemsnitlige antal besøg på psykiatrisk ambulatorium.

Table 4.9 Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	98,7	20,8	689.600	98,5	20,2 [#]	98,4 [#]	20,3 [#]
Speciallægepraksis	53,5	4,0	72.600	52,8 [#]	4,2 [#]	49,1 [#]	4,4 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	35,1	1,9	22.000	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	43,2	2,2	31.900	42,8	2,1 [#]	42,6	2,0 [#]
Planlagte ambulante besøg	76,3	9,2	237.100	74,5 [#]	8,9 [#]	68,9 [#]	8,3 [#]
Planlagte indlæggelser	14,0	1,5	7.200	12,7 [#]	1,5	12,9 [#]	1,5
Genindlæggelser	15,8	2,1	11.100	15,0 [#]	2,0	14,2 [#]	1,9 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	16,8	1,5	6.300	16,2 [#]	1,4 [#]	17,0	1,4 [#]
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	2,0	2,2	1.500	2,2 [#]	2,6	2,2	2,1
Ambulatoriebesøg	6,0	8,2	16.500	5,8	8,2	6,0	7,2 [#]
Indlæggelser	1,7	1,9	1.100	2,0 [#]	2,0	1,9 [#]	1,7
Genindlæggelser	0,5	2,1	300	0,5	2,7	0,5	2,1

Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

** Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,7 dage i 2015 og 8,2 dage i 2007 (Table 4.10). For planlagte somatiske indlæggelser er den

gennemsnitlige indlæggelsestid 3,8 dage i 2015 og 5,2 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 21,8 dage i 2015 og 32,0 dage i 2007.

Table 4.10 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med tre eller flere kroniske sygdomme

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,7	6,2	8,2
Planlagt somatisk indlæggelse	3,8	4,0	5,2
Psykiatrisk indlæggelse	21,8	17,7	32,0

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

4.7 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme udgør i 2015 2.977 mio. kr., svarende til 88.600 kr. pr. person (Tabel 4.11). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.284 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner tilsammen udgør 22 % (658 mio. kr.) af de totale behandlingsudgifter. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 82 % (2.427 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Der er en tendens til, at de samlede totale behandlingsudgifter falder med antallet af kroniske sygdomme, men at de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. person omvendt stiger med antallet af sygdomme (Figur 1.23 og 1.24). Dette gælder både for praksissektoren og hospitalssektoren.

Tabel 4.11 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelse) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	179	1.828	141	135	2.284
Pr. person (kr.)	5.300	54.400	4.200	4.000	67.900
Kommunal medfi- nansiering					
Total (mio. kr.)	24	599	24	11	658
Pr. person (kr.)	700	17.800	700	300	19.600
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	204	2.427	165	182	2.977
Pr. person (kr.)	6.100	72.200	4.900	5.400	88.600

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept. Regionale udgifter til medicin omfatter tilskud, som afhænger af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering af udgifter til medicin omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter til medicin inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

4.8 Litteratur

(1) Fortin M SM, Poitras M, Almirall J, Maddocks H. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann Fam Med.* 2012;10:142-51.

(2) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

(3) Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng 2017.

(4) Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, et al. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.

(5) Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* 2013;35:75-83.



Kapitel 5

Diabetes



5 Diabetes

- Forekomsten af diabetes er steget fra 3,9 % i 2007 til 5,0 % i 2016. Den største stigning ses i de ældste aldersgrupper. I 2015 var der 5.500 nye tilfælde af diabetes. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
 - Mere end halvdelen af borgere med diabetes har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme. Hjertesygdom er hyppigst og ses hos næsten hver femte borger med diabetes
 - Forekomsten af dårligt fysisk helbred er 33 % blandt borgere med diabetes
 - Forekomsten af moderat overvægt er 38 %, svær overvægt 35 %, lav fysisk aktivitet 35 % og svage sociale relationer 32 % blandt borgere med diabetes
 - Der er sket et markant fald i rygning fra 26 % i 2010 til 20 % i 2017 blandt borgere med diabetes
 - Andelen af borgere med diabetes med kontakt til speciallægepraksis er stor (60,1 %) og er steget fra 55,9 % i 2007. Derimod er det gennemsnitlige antal kontakter hertil lavt (3,3 pr. år). Andelen med mindst én forebyggelig indlæggelse er lille (7,8 %)
 - De samlede behandlingsudgifter for borgere med diabetes udgør 3.808 mio. kr., svarende til 52.700 kr. pr. person i 2015
-

Diabetes er en betegnelse for sygdomme, som påvirker blodsukkeret på grund af nedsat insulinproduktion og/eller nedsat effekt af insulin (1). Diabetes kan overordnet opdeles i to typer: Type 1 diabetes og type 2 diabetes. Type 1 diabetes (cirka 10 % af tilfældene) er en autoimmun sygdom, som primært karakteriseres ved insulinmangel, fordi de insulinproducerende celler er gået til grunde. Type 2 diabetes (cirka 90 % af tilfældene) karakteriseres ved kombinationen af en nedsat evne til at udnytte insulin, samtidig med at kroppen ikke kan efterleve kravene om en højere insulinproduktion (2, 3). Type 1 diabetes rammer som regel børn og yngre voksne, mens forekomsten af type 2 diabetes stiger med stigende alder (3).

Det skønnes, at cirka 250.000 danskere har type 1 eller type 2 diabetes (4). Ifølge en ny dansk undersøgelse har cirka 220.000 voksne danskere type 2 diabetes. De seneste årtier har der været en stigning i antallet og andelen af borgere med diabetes (2, 3), samtidig med at der er sket et fald i forekomsten af komplikationer og dødelighed (3, 5).

De præcise årsager til type 1 diabetes kendes ikke, men arvelighed spiller en vigtig rolle (2). Årsagerne til type 2 diabetes er mange og indbyrdes afhængige. De vigtigste er overvægt, fysisk inaktivitet, usund kost samt arvelige faktorer (3). Både type 1 og type 2 diabetes kan medføre alvorlige konsekvenser for blandt andet øjne, hjerte, nyrer og nervesystemet (især i fødderne) (2, 3). Samtidig ved man, at en stor andel af borgere med diabetes også lider af hjertesygdom (2, 3).

Diabetes resulterer årligt i 1.300 dødsfald og 5.700 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (4)

Borgere med diabetes har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden diabetes. På landsplan koster diabetes årligt 1.967 mio. kr. i behandling og pleje samt 1.170 mio. kr. i tabt produktion (4).

Type 1 diabetes kan ikke forebygges eller helbredes og kræver livslang behandling med insulin (2). Uden behandling kan type 1 diabetes være livstruende (3). Forebyggelse af type 2 diabetes består af sund kost og bevægelse, som også er vigtige elementer i behandlingen (2).

Der er implementeret et forløbsprogram for type 2 diabetes i Region Hovedstaden, som beskriver den samlede tværfaglige og koordinerede rehabiliteringsindsats for personer med diabetes. Derudover er der lanceret en national handleplan for diabetes, som dækker forebyggelse, opsporing, udredning, behandling, kontrol og rehabilitering for borgere med diabetes (6, 7).

Forekomsten af diabetes afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med diabetes identificeret via Landspatientregistret (LPR), Lægemedeldatabasen og Sygesikringsregistret. Der skelnes ikke mellem type 1 og type 2 diabetes. Se Tabel 5.1 for definitionen af diabetes i denne rapport.

Tabel 5.1 Definition af borgere med diabetes

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

- ICD-10 koder fra LPR:
 - E10-E14 (Type 1 diabetes, type 2 diabetes, diabetes forårsaget af underernæring, andre former for diabetes og ikke specificeret diabetes)
 - H28.0 og H36.0 (Diabetisk katarakt, diabetisk retinopati)
- ATC koder fra lægemiddeldatabasen:
 - A10 (Midler mod diabetes)
 - Dog ignoreres ATC-kode A10BA02 (Metformin) til kvinder i alderen 20-40 år på udleveringsdatoen
- Ydelseskoder fra sygesikringsregistret:
 - Specialekode 54 og ydelsesnummer 2000 (Fodterapi hos patient med diabetes)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulært forløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

5.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 5,0 % af borgerne i Region Hovedstaden diabetes, svarende til 73.800 personer (Tabel 5.2). I løbet af 2015 har 0,4 % af borgerne, svarende til 5.500 personer, fået konstateret diabetes.

Køn: Forekomsten af diabetes er større blandt mænd end kvinder, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret diabetes i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af diabetes stiger med stigende alder fra 0,5 % blandt de 16-24 årige til 14 % blandt borgere på 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af diabetes falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af diabetes er således fire gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Den samme tendens ses for andelen af borgere, der har fået konstateret diabetes i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af diabetes er størst blandt førtidspensionister og pensionister. For pensionister er dette i overensstemmelse med den høje forekomst i de ældste aldersgrupper. Forekomsten er mindst blandt borgere i beskæftigelse. Tilsvarende tendenser ses for andelen af borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af diabetes og andelen, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af diabetes og andelen, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015, er mere end































































dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund, hvor andelen er mindst.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af diabetes varierer fra 3,9 % i planlægningsområde Byen til 7,3 % på Bornholm. Samme billede ses for nye diabetestilfælde i løbet af 2015, hvor andelen varierer fra 0,3 % i planlægningsområde Byen til 0,6 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af diabetes 2007-2016: Forekomsten af diabetes er steget fra 3,9 % i 2007 til 4,9 % i 2013 og til 5,0 % i 2016 i regionen som helhed (Tabel 5.2). Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere på 80 år eller derover. Der ses endvidere væsentlige stigninger i forekomsten af diabetes blandt de 65-79 årige, borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse samt blandt pensionister, langtidssyge borgere og førtidspensionister. Mens der også ses en stigning blandt borgere med dansk og ikke-vestlig baggrund, ses der omvendt et fald blandt borgere med anden vestlig baggrund. Fra 2007 til 2016 ses desuden en stigning i forekomsten af diabetes i alle planlægningsområder, hvoraf den største ses på Bornholm og den mindste stigning i planlægningsområde Byen.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, der har fået konstateret diabetes i løbet af det seneste år, er uændret fra 2007 til 2015 i regionen som helhed. Det samme gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper og i planlægningsområderne og Bornholm (Tabel 5.2). Dog ses enkelte stigninger, hvoraf den største ses blandt langtidssyge borgere, mens der ses fald blandt borgere med anden vestlig baggrund og blandt borgere på 55-79 år.

Table 5.2 Borgere med diabetes 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens			Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	2013 Personer	2007 %
Region Hovedstaden	5,0 	73.800	4,9 [#]	3,9 [#]	0,4 	5.500	0,4
Køn							
Mand	5,7 	40.900	5,6 [#]	4,4 [#]	0,4 	3.000	0,5
Kvinde	4,4 	33.000	4,2 [#]	3,4 [#]	0,4 	2.500	0,3
Alder							
16-24 år	0,5 	1.100	0,5	0,4 [#]	0,0 	100	0,0
25-34 år	0,7 	1.800	0,6	0,6 [#]	0,1 	200	0,1
35-44 år	1,6 	4.000	1,6	1,4 [#]	0,2 	500	0,2
45-54 år	4,1 	10.100	4,0	3,5 [#]	0,5 	1.100	0,5
55-64 år	8,5 	16.400	8,6 [#]	6,8 [#]	0,7 	1.300	0,8 [#]
65-79 år	13,4 	30.800	13,1 [#]	10,5 [#]	0,9 	1.800	1,0 [#]
80+ år	14,0 	9.600	12,5 [#]	9,8 [#]	0,9 	500	0,8 [#]
Uddannelse (16-85 årige)							
Under uddannelse	0,6 	1.200	0,6	0,5 [#]	0,1 	100	0,0
Grundskole	9,4 	22.400	8,8 [#]	6,5 [#]	0,8 	1.700	0,7 [#]
Gymnasial	3,5 	3.300	3,2 [#]	2,1 [#]	0,3 	300	0,2 [#]
Erhvervsfaglig	7,2 	25.500	6,7 [#]	4,7 [#]	0,6 	1.800	0,5 [#]
Kort og mellemlang videreg.	3,9 	10.400	3,7 [#]	2,6 [#]	0,3 	800	0,3
Lang videregående	2,4 	4.600	2,3	1,9 [#]	0,2 	300	0,2
Erhvervstilknytning							
I beskæftigelse	2,6 	20.700	2,6	2,0 [#]	0,3 	2.000	0,3
Arbejdsløs	3,8 	900	3,8	3,1 [#]	0,5 	100	0,4
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	6,5 	4.400	5,7 [#]	4,1 [#]	0,7 	400	0,5 [#]
Førtidspensionist	13,9 	6.600	13,3 [#]	11,0 [#]	1,1 	500	1,0
Pensionist	13,9 	38.900	13,0 [#]	10,1 [#]	0,9 	2.200	0,9
Samlivsstatus (25+ årige)							
Enlig	6,5 	32.900	6,3 [#]	5,1 [#]	0,5 	2.400	0,5
Samlevende	5,3 	39.800	5,2 [#]	3,9 [#]	0,4 	2.900	0,4
Etnisk baggrund							
Danmark	5,0 	59.300	4,8 [#]	3,9 [#]	0,4 	4.200	0,4
Andre vestlige lande	2,6 	2.600	2,8 [#]	2,8 [#]	0,2 	200	0,3 [#]
Ikke-vestlige lande	6,8 	11.900	6,5 [#]	4,9 [#]	0,7 	1.000	0,6 [#]
Planlægningsområder							
Nord	5,8 	14.900	5,6 [#]	4,0 [#]	0,4 	900	0,4
Midt	5,0 	18.200	4,8 [#]	3,8 [#]	0,4 	1.400	0,4
Syd	5,5 	23.400	5,3 [#]	4,2 [#]	0,5 	1.900	0,5 [#]
Byen	3,9 	14.800	3,9	3,5 [#]	0,3 	1.100	0,3
Bornholm	7,3 	2.500	6,7 [#]	4,7 [#]	0,6 	200	0,7

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

5.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med diabetes har lidt over halvdelen samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 5.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med diabetes, er: Hjertesygdom, som ses hos næsten hver femte borger med diabetes, dernæst KOL, langvarig depression, inflammatorisk ledsygdom og kræft.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme hos borgere med diabetes, er steget fra 50,6 % i 2007 til 52,3 % i 2013 og til 53,3 % i 2016. Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig især gældende for KOL, men der ses også stigninger for langvarig depression, inflammatorisk ledsygdom og kræft. Omvendt ses et fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med diabetes.

Tabel 5.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med diabetes

	2016		2013	2007
	%	Personer	%	%
Med komorbiditet**	53,3	39.400	52,3 [#]	50,6 [#]
Hjertesygdom	18,9	14.000	19,2 [#]	21,3 [#]
KOL	13,3	9.800	11,7 [#]	9,2 [#]
Langvarig depression	9,8	7.200	9,9	8,4 [#]
Inflammatorisk ledsygdom	8,9	6.500	8,5 [#]	7,9 [#]
Kræft	7,8	5.700	7,1 [#]	5,6 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med diabetes. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 53,3 %

5.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med diabetes højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 5.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og andelen med dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med diabetes. Således har 39 % af borgere med diabetes et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, svarende til 26.700 personer, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel som i hele regionen (Tabel 5.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Derudover har 33 % af borgere med diabetes et dårligt fysisk helbred, svarende til 20.100 personer, hvilket er mere end tre gange større end regionen som helhed. Også i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme er forekomsten af dårligt fysisk helbred høj blandt borgere med diabetes.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med diabetes ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen med dårlig fysisk og mental sundhed, bortset fra søvnproblemer, som er steget fra 18 % i 2010 til 20 % i 2017 (Tabel 5.4). Fra 2013 til 2017 ses der yderligere en stigning i andelen med dårligt fysisk helbred og højt stressniveau. Til sammenligning ses der i regionen som helhed også en stigning i andelen med søvnproblemer fra 2010 til 2017 og i andelen med højt stressniveau fra 2013 til 2017. Derimod ses ingen stigning i andelen med dårligt fysisk helbred (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 5.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med diabetes

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	39	26.700	38	42
Dårligt fysisk helbred	33	20.100	28 [#]	31
Dårligt mentalt helbred	17	10.400	15	16
Højt stressniveau	34	21.600	27 [#]	35
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	20	13.600	16 [#]	18 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med diabetes generelt højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Dog er forekomsten af rygning lavere blandt borgere med diabetes, mens andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er på samme niveau som borgere i regionen som helhed (Tabel 5.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med moderat og svær overvægt er markant større blandt borgere med diabetes sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således er 38 % af borgere med diabetes moderat overvægtige, svarende til 25.300 personer, og 35 % er svært overvægtige, svarende til 23.200 personer (Tabel 5.5). Dette betyder samlet set, at tre ud af fire borgere med diabetes er overvægtige. Til sammenligning er lidt under halvdelen af borgere i regionen som helhed moderat eller svært overvægtige

(Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med diabetes en høj forekomst af moderat og svær overvægt, lav fysisk aktivitet og svage sociale relationer.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med diabetes er andelen af rygere faldet fra 26 % i 2010 til 20 % i 2017 (Tabel 5.5). Andelen af borgere med diabetes, som har et storforbrug af alkohol, er ligeledes faldet fra 11 % i 2010 til 9 % i 2017. Derimod ses en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 12 % i 2010 til 17 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses yderligere en stigning i andelen med svage sociale relationer. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 5.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med diabetes

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	20 *	13.000	22	26 [#]
Storforbrug af alkohol	9	5.500	10	11 [#]
Usundt kostmønster	17 *	10.900	15	12 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	35 *	22.400	32	33
Moderat overvægt	38 *	25.300	39	38
Svær overvægt	35 *	23.200	35	37
Svage sociale relationer	32 *	20.600	27 [#]	31

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med diabetes med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 5.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for lav fysisk aktivitet. Hvor 57 % af borgere med diabetes med lav fysisk aktivitet ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 12.100 personer, gælder det 72 % blandt fysisk inaktive borgere i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere

med diabetes, i den lave ende med hensyn til motivation for at nedsætte alkoholforbruget og for at tabe sig blandt de moderat overvægtige.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med diabetes, som er svært overvægtige, er andelen, som gerne vil tabe sig, faldet fra 94 % i 2010 til 90 % i 2017 (Tabel 5.6). Dette er i modsætning til regionen som helhed, hvor der blandt svært overvægtige borgere ikke ses nogen ændring i andelen, som ønsker vægttab (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 5.6 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med diabetes med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	63*	8.000	62	68
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	30	1.700	29	34
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	53*	5.600	48	48
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	57*	12.100	55	56
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	72*	18.100	76	73
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	90*	20.700	93	94#

*Statistisk signifikant forskellig fra regions gennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, generelt større blandt borgere med diabetes med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Andelen af borgere med diabetes, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er større end i regionen som helhed blandt borgere med et usundt kostmønster, med lav fysisk aktivitet samt blandt borgere, som er overvægtige (Tabel 5.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tabellen i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen af borgere med diabetes, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, lille hvad angår storforbrug af alkohol, men stor hvad angår usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet samt overvægt. Det samme gør sig gældende for borgere, som har *taget imod hjælp* til adfærdsændring. Derudover er andelen, som har

taget imod hjælp til rygestop lille blandt borgere med diabetes i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket væsentlige fald i andelen af borgere med diabetes, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring. Dette gør sig gældende blandt rygere, borgere med et usundt kostmønster, borgere med lav fysisk aktivitet samt borgere, som er overvægtige (Tabel 5.7). Det største fald ses for usundt kostmønster, hvor andelen, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere, er faldet fra 40 % i 2013 til 27 % i 2017. Hvad angår andelen af borgere med diabetes, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses et fald blandt rygere fra 13 % i 2013 til 7 % i 2017 og et fald blandt overvægtige borgere fra 27 % i 2013 til 19 % i 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode, bortset fra andelen af rygere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til rygestop, som er uændret i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 5.7 Borgere med diabetes med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	49*	6.100	57#
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	7	900	13#
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	21	1.100	31
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	4	200	6
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	27*	2.700	40#
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	12*	1.200	17
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	27*	5.500	35#
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	16*	3.300	17
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	36*	16.400	46#
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	19*	8.700	27#

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med diabetes (96,6 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 60,1 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 5.8). Dette er i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Borgere med diabetes med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 14,4 og 3,3 kontakter hertil i 2015.

Henholdsvis 23,6 % og 23,1 % af borgere med diabetes har mindst ét akut ambulant besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 63,4 % har mindst ét planlagt ambulant besøg. Op mod 10 % af borgere med diabetes har mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Sidstnævnte er i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med diabetes med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har over 7 kontakter. Dette er i den høje ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

En meget lille andel af borgere med diabetes har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 1,1 % og 2,7 % af borgere med diabetes mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,8 % og 0,2 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller

genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med diabetes med mindst én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 10 kontakter.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis steget fra 96,2 % til 96,6 % blandt borgere med diabetes, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 55,9 % til 60,1 % (Tabel 5.8). Dette er en stor stigning i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. I samme periode ses et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter blandt disse borgere.

For somatiske kontakter ses også en stigning i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, ét planlagt ambulant besøg eller én genindlæggelse. Blandt disse borgere ses ligeledes en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter.

For psykiatriske kontakter ses en lille stigning fra 2,4 % i 2007 til 2,7 % i 2015 i andelen med diabetes med mindst ét ambulatoriebesøg, mens der ikke ses nogen ændring i det gennemsnitlige antal kontakter. Der ses ingen ændringer i andelen eller antallet af indlæggelser eller genindlæggelser på psykiatrisk afdeling.

Tabel 5.8 Borgere med diabetes med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	96,6	14,4	1.005.200	96,8 [#]	14,3 [#]	96,2 [#]	14,5 [#]
Speciallægepraksis	60,1	3,3	143.600	60,2	3,4 [#]	55,9 [#]	3,5 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	23,6	1,6	27.500	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	23,1	1,9	31.800	22,7 [#]	1,8 [#]	22,2 [#]	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	63,4	7,5	343.400	62,1 [#]	7,3 [#]	61,1 [#]	7,2 [#]
Planlagte indlæggelser	9,3	1,4	9.600	8,8 [#]	1,4	9,6	1,4
Genindlæggelser	7,0	2,0	9.900	6,6 [#]	1,9	6,1 [#]	1,8 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	7,8	1,3	4.100	7,2 [#]	1,3	8,0	1,3
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,1	2,3	1.800	1,1	2,4	1,2	2,2
Ambulatoriebesøg	2,7	10,8	21.200	2,4 [#]	10,7	2,4 [#]	10,3
Indlæggelser	0,8	2,0	1.200	0,9 [#]	1,9	0,9	1,8
Genindlæggelser	0,2	2,5	400	0,2	2,6	0,2	2,5

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med diabetes er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,5 dage i 2015 og 7,8 dage i 2007 (Tabel 5.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,6 dage i 2015 og 4,8 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 19,9 dage

i 2015 og 30,6 dage i 2007. Blandt borgere med diabetes er den gennemsnitlige indlæggelsestid hverken i den høje eller lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, hvad angår akutte eller planlagte somatiske indlæggelser eller ved psykiatriske indlæggelser.

Tabel 5.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med diabetes

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,5	5,9	7,8
Planlagt somatisk indlæggelse	3,6	3,7	4,8
Psykiatrisk indlæggelse	19,9	20,5	30,6

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

5.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med diabetes udgør 3.808 mio. kr., svarende til 52.700 kr. pr. person i 2015 (Tabel 5.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.913 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 803 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i

den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 75 % (2.836 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med diabetes. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger diabetes højt med hensyn til de totale behandlingsudgifter til praksissektoren, de totale og gennemsnitlige medicinudgifter og de samlede totale behandlingsudgifter.

Tabel 5.10 Behandlingsudgifter i 2015 for borgere med diabetes i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitalssektor (somatik) ²	Hospitalssektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	300	2.155	162	296	2.913
Pr. person (kr.)	4.200	29.800	2.200	4.100	40.300
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	49	708	28	18	803
Pr. person (kr.)	700	9.800	400	200	11.100
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	350	2.863	190	405	3.808
Pr. person (kr.)	4.800	39.600	2.600	5.600	52.700

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

5.9 Litteratur

- (1) American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
- (2) Diabetes Foreningen. Diabetes [citeret 2017 06-10]. <https://diabetes.dk/diabetes-1.aspx> og <https://diabetes.dk/diabetes-2.aspx>.
- (3) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.
- (4) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.
- (5) Green A, Sortso C, Jensen PB, Emneus M. Incidence, morbidity, mortality, and prevalence of diabetes in Denmark, 2000-2011: results from the Diabetes Impact Study 2013. *Clin Epidemiol*. 2015;7:421-30.
- (6) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2009.
- (7) Sundheds- og Ældreministeriet. Den nationale diabetes-handleplan. København: Sundheds- og ældreministeriet; 2017.



Kapitel 6

Hjertesygdom



6 Hjertesygdom

- Forekomsten af hjertesygdom er faldet fra 4,6 % i 2007 til 4,1 % i 2016. Det største fald ses blandt borgere over 65 år. I 2015 var der 9.500 nye tilfælde af hjertesygdom. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
 - To ud af tre borgere med hjertesygdom har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst diabetes
 - Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 42 % og dårligt fysisk helbred 36 % blandt borgere med hjertesygdom
 - Forekomsten af rygning er faldet fra 20 % i 2010 til 17 % 2017 blandt borgere med hjertesygdom
 - Andelen af borgere med hjertesygdom med kontakt til almen praksis, speciallægepraksis og den somatiske hospitalssektor er stor
 - 69 % af borgere med hjertesygdom har mindst ét planlagt ambulant besøg i 2015, hvoraf hver person i gennemsnit har 8 ambulante besøg
 - De samlede behandlingsudgifter for borgere med hjertesygdom er 3.743 mio. kr., svarende til 62.000 kr. pr. person i 2015
-

Hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme i hjertet. I dette afsnit dækker hjertesygdom over forekomsten af iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og hjertekrampe) samt hjertesvigt. Ved iskæmisk hjertesygdom er de blodårer, der forsyner hjertet med blod, forsnævret. Ved hjertesvigt er hjertet ikke i stand til at pumpe blod nok rundt i kroppen (1). Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt er de hyppigst forekommende hjertesygdomme både nationalt og i Region Hovedstaden (2). Hvert år rammes cirka 19.000 danskere af iskæmisk hjertesygdom og 11.000 af hjertesvigt. Cirka 160.000 lever med iskæmisk hjertesygdom, og 61.000 lever med hjertesvigt (1). På landsplan er hjertekarsygdom den anden hyppigste dødsårsag (1).

Årsagerne til hjertesygdom er mange, komplekse og indbyrdes afhængige (3). De vigtigste er rygning, fysisk inaktivitet, usund kost, storforbrug af alkohol, overvægt, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og diabetes. Herudover har også køn, alder og genetisk disposition samt stress og depression betydning for udviklingen af hjertesygdom.

Iskæmisk hjertesygdom resulterer årligt i 4.700 dødsfald og 14.000 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (4). Iskæmisk hjertesygdom resulterer årligt i cirka 1.300 dødsfald (1).

Borgere med hjertesygdom har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden hjertesygdom.

På landsplan koster iskæmisk hjertesygdom årligt 1.760 mio. kr. i behandling og pleje samt 1.870 mio. kr. i tabt produktion (4).

Forebyggelse af hjertesygdom omfatter både primær og sekundær forebyggelse, såsom individuel risikovurdering blandt borgere i risiko for udvikling af sygdom og medicinsk behandling blandt borgere med kendt hjertesygdom. Indsatsen afhænger af borgernes risiko. Strukturelle tiltag såsom rygeforbud og reduktion af indtag af salt samt mættet fedt er effektive i kombination med individuelle tiltag (5). Sundhedsstyrelsen arbejder på nye nationale pakkeforløb for iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, som dækker det samlede forløb fra udredning, diagnose, behandling og rehabilitering (6, 7). Desuden har Sundhedsstyrelsen udgivet et regionalt forløbsprogram, som beskriver den samlede tværfaglige og koordinerede rehabiliteringsindsats for personer med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt (2).

Forekomsten af hjertesygdom afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med hjertesygdom identificeret via Landspatientregistret (LPR) og Lægemedel-databasen. Se Tabel 6.1 for definitionen af hjertesygdom i denne rapport.

Tabel 6.1 Definition af borgere med hjertesygdom

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

- ICD10-koder fra LPR:
 - I20, I21, I23, I24, I25 (iskæmiske hjertesygdomme f.eks. hjertekrampe (angina pectoris), blodprop i hjertet og kronisk iskæmisk hjertesygdom)
 - I11.0, I13.0, I13.2, I42.0, I42.2, I42.6-I42.9, I50 (hjertesvigt)
- ATC-koder fra Lægemedelbasen:
 - C01A, C01B, C01D, C01E (hjerteglykosider, midler mod uregelmæssig hjerterytme eller hjertekrampe og andre midler til hjerteterapi)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulantly forløb (inklusiv åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

6.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 4,1 % af borgerne i Region Hovedstaden hjertesygdom, svarende til 60.300 personer (Tabel 6.2). I løbet af 2015 har 0,7 % af borgerne, svarende til 9.500 personer, fået konstateret hjertesygdom.

Køn: Forekomsten af hjertesygdom og andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015, er større blandt mænd end blandt kvinder.

Alder: Forekomsten af hjertesygdom stiger med stigende alder fra 0,1 % i de to yngste aldersgrupper til 23,3 % blandt borgere på 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af hjertesygdom falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af hjertesygdom er således mere end tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Tilsvarende billede ses for af andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af hjertesygdom er væsentligt højere blandt førtidspensionister og pensionister end blandt borgere i beskæftigelse, hvor forekomsten er lavest. For pensionister er dette i overensstemmelse med den høje forekomst i de ældste aldersgrupper. Et tilsvarende billede ses for andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af hjertesygdom og andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.































































Etnisk baggrund: Forekomsten af hjertesygdom og andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015, er højest blandt borgere med dansk baggrund og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af hjertesygdom varierer fra 3,2 % i planlægningsområde Byen til 6,8 % på Bornholm. Samme tendens ses for andelen af nye tilfælde af hjertesygdom i løbet af 2015, der varierer fra 0,5 % i Byen til 1,0 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af hjertesygdom 2007-2016: Forekomsten af hjertesygdom er faldet fra 4,6 % i 2007 til 4,2 % i 2013 og til 4,1 % i 2016 i regionen som helhed (Tabel 6.2). Faldet gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største fald ses i de ældste aldersgrupper (65+ årige), og blandt pensionister. Omvendt ses der en lille stigning i forekomsten af hjertesygdom fra 2007 til 2016 i enkelte af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt langtidssyge borgere og blandt borgere med gymnasial, erhvervsfaglig samt kort og mellemlang videregående uddannelse. I planlægningsområde Midt, Syd og Byen er forekomsten af hjertesygdom faldet fra 2007 til 2016, hvorimod der i Nord ses en lille stigning i andelen af borgere med hjertesygdom.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af det seneste år, er uændret fra 2007 til 2013 og også fra 2013 til 2015 i regionen som helhed (Tabel 6.2). Derimod ses ændringer i enkelte af de sociodemografiske grupper fra 2007 til 2015, hvoraf det største fald ses blandt borgere på 65 år eller derover og blandt pensionister. Omvendt ses en lille stigning blandt borgere med erhvervsfaglig, kort og mellemlang videregående uddannelse. I planlægningsområderne er andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af det seneste år, faldet eller uændret på nær i planlægningsområde Nord, hvor der ses en lille stigning.

Tabel 6.2 Borgere med hjertesygdom 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	4,1 	60.300	4,2 [#]	4,6 [#]	0,7 	9.500	0,7	0,7
Køn								
Mand	4,8 	33.900	4,8	5,0 [#]	0,8 	5.200	0,8	0,8
Kvinde	3,5 	26.400	3,7 [#]	4,1 [#]	0,6 	4.300	0,6	0,7 [#]
Alder								
16-24 år	0,1 	100	0,1	0,1	0,0 	0	0,0	0,0
25-34 år	0,1 	400	0,1	0,1	0,0 	100	0,0	0,0
35-44 år	0,6 	1.400	0,6	0,6	0,1 	400	0,2	0,2
45-54 år	2,2 	5.400	2,3	2,4 [#]	0,5 	1.100	0,5	0,5
55-64 år	5,5 	10.700	5,6	5,7	1,0 	1.800	1,0	1,0
65-79 år	11,4 	26.200	11,7 [#]	13,7 [#]	1,9 	3.800	2,0 [#]	2,2 [#]
80+ år	23,3 	16.000	24,3 [#]	26,7 [#]	4,3 	2.200	4,5	4,8 [#]
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,1 	200	0,1	0,1	0,0 	100	0,0	0,0
Grundskole	6,8 	16.200	6,8	7,1 [#]	1,1 	2.600	1,1	1,1
Gymnasial	2,2 	2.100	2,0 [#]	1,6 [#]	0,4 	300	0,4	0,3
Erhvervsfaglig	5,6 	19.700	5,3 [#]	5,1 [#]	0,9 	3.200	0,9	0,8 [#]
Kort og mellemlang videreg.	3,2 	8.700	3,1 [#]	2,9 [#]	0,6 	1.400	0,6	0,5 [#]
Lang videregående	2,1 	4.000	2,2 [#]	2,3 [#]	0,4 	600	0,4	0,4
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	1,6 	12.500	1,6	1,5 [#]	0,3 	2.600	0,3	0,3
Arbejdsløs	1,7 	400	1,7	1,7	0,4 	100	0,4	0,4
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	3,5 	2.400	2,9 [#]	2,5 [#]	0,5 	300	0,5	0,5
Førtidspensionist	7,7 	3.700	7,9 [#]	8,5 [#]	1,2 	600	1,1	1,2
Pensionist	14,5 	40.500	14,7 [#]	16,5 [#]	2,4 	5.800	2,5 [#]	2,7 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	5,7 	28.800	6,0 [#]	6,6 [#]	1,0 	4.500	1,0	1,0
Samlevende	4,2 	31.300	4,2	4,3 [#]	0,7 	5.000	0,7	0,7
Etnisk baggrund								
Danmark	4,4 	52.500	4,5 [#]	4,8 [#]	0,7 	8.300	0,8	0,8 [#]
Andre vestlige lande	2,5 	2.500	2,8 [#]	3,8 [#]	0,4 	400	0,4	0,6 [#]
Ikke-vestlige lande	3,0 	5.300	3,1	2,9 [#]	0,5 	800	0,5	0,5
Planlægningsområder								
Nord	5,1 	13.200	5,0 [#]	5,0 [#]	0,9 	2.100	0,8	0,8 [#]
Midt	4,4 	16.100	4,5 [#]	4,9 [#]	0,8 	2.600	0,8	0,8
Syd	3,8 	16.300	4,0 [#]	4,3 [#]	0,6 	2.500	0,7 [#]	0,7 [#]
Byen	3,2 	12.400	3,5 [#]	4,0 [#]	0,5 	2.000	0,5	0,7 [#]
Bornholm	6,8 	2.300	6,8	6,9	1,0 	300	1,2 [#]	1,1

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

6.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med hjertesygdom har næsten to ud af tre samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 6.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med hjertesygdom, er: Diabetes, som ses hos næsten hver fjerde borger med hjertesygdom, KOL, apopleksi, kræft og langvarig depression.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom er steget fra 60 % i 2007 til 64,4 % i 2013 og til 65,2 % i 2016. Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig især gældende for diabetes og KOL, mens forekomsten af apopleksi eller langvarig depression er uændret eller faldet lidt blandt borgere med hjertesygdom.

Tabel 6.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom

	2016		2013	2007
	%	Personer	%	%
Med komorbiditet**	65,2	39.300	64,4 [#]	60,0 [#]
Diabetes	23,2	14.000	22,3 [#]	18,3 [#]
KOL	21,1	12.700	19,3 [#]	15,8 [#]
Apopleksi	11,6	7.000	11,8	12,5 [#]
Kræft	10,1	6.100	9,2 [#]	7,5 [#]
Langvarig depression	10,1	6.100	11,2 [#]	10,0

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 65,2 %

6.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med hjertesygdom højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed, bortset fra dårligt mentalt helbred, hvor andelen er på samme niveau (Tabel 6.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med et dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 42 % af borgere med hjertesygdom et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 22.700 personer, og 36 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 17.100 personer (Tabel 6.4). Der er tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Også i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hjertesygdom i den høje ende med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og

dårligt fysisk helbred, men omvendt i den lave ende hvad angår dårligt mentalt helbred.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med hjertesygdom ses et fald i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 46 % i 2010 til 42 % i 2017 og omvendt en stigning i andelen med søvnproblemer fra 17 % i 2010 til 21 % i 2017 (Tabel 6.4). Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen med højt stressniveau, som dermed i 2017 er på samme niveau som i 2010. Til sammenligning ses der i regionen som helhed også en stigning i forekomsten af søvnproblemer fra 2010 til 2017, men ingen ændring i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Se tabel i kapitel 4). Der ses desuden en stigning i forekomsten af højt stressniveau i regionen som helhed fra 2013 til 2017.

Tabel 6.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med hjertesygdom

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	42	22.700	42	46 [#]
Dårligt fysisk helbred	36	17.100	37	39
Dårligt mentalt helbred	15	7.100	16	15
Højt stressniveau	34	17.100	28 [#]	35
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	21	11.100	18 [#]	17 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet








#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

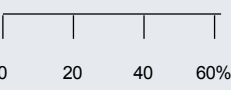
6.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med hjertesygdom generelt højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed, men en lavere forekomst af rygning (Tabel 6.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med svær overvægt og andelen af borgere med lav fysisk aktivitet større blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således er 24 % af borgere med hjertesygdom svært overvægtige, svarende til 12.500 personer og 33 % har lav fysisk aktivitet, svarende til 16.900 personer (Tabel 6.5). Til sammenligning er forekomsten af svær overvægt 13 % og lav fysisk aktivitet 19 % i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med hjertesygdom en høj forekomst af moderat overvægt, men omvendt en lav forekomst af rygning.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017: Blandt borgere med hjertesygdom er andelen af rygere faldet fra 20 % i 2010 til 17 % i 2017 (Tabel 6.5). Andelen med et storforbrug af alkohol er faldet fra 13 % i 2010 til 10 % i 2017. Derimod ses en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 14 % i 2010 til 17 % i 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 6.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med hjertesygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	17  *	9.000	16	20 [#]
Storforbrug af alkohol	10  *	5.000	11	13 [#]
Usundt kostmønster	17  *	8.800	15	14 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	33  *	16.900	33	35
Moderat overvægt	38  *	20.100	38	38
Svær overvægt	24  *	12.500	22	21
Svage sociale relationer	29  *	15.100	29	31



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

6.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med hjertesygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. For rygning og storforbrug af alkohol er der dog ingen statistisk signifikant forskel (Tabel 6.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for lav fysisk aktivitet. Hvor lidt over halvdelen af borgere med hjertesygdom ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 8.700 personer, gælder det næsten tre ud af fire blandt borgere i regionen, som har lav fysisk aktivitet. Yderligere er andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, 48 % blandt borgere med hjertesygdom og dermed væsentlig mindre end i regionen som helhed, hvor andelen er 62 %.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med hjertesygdom

lavt med hensyn til ønske om at nedsætte alkoholforbruget, være mere fysisk aktiv og tabe sig, hvilket både gælder borgere med moderat og svær overvægt.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med hjertesygdom, som har et usundt kostmønster, er andelen, som gerne vil spise sundere, steget fra 33 % i 2010 til 48 % i 2017 (Tabel 6.6). Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen af borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget. Men det bør her bemærkes, at forekomsten var meget lav i 2013. Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i ønske om adfærdsændringer i perioden. I regionen som helhed ses der fra 2010 til 2017 også en stigning i andelen, som ønsker at spise sundere, blandt de med et usundt kostmønster, og der ses en stigning i andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 6.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med hjertesygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	67	5.800	59	68
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	33	1.600	17 [#]	28
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	48 [*]	4.100	44	33 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	54 [*]	8.700	55	59
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	68 [*]	13.600	70	71
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	89 [*]	11.100	92	91

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

6.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring og *taget imod tilbud om hjælp*, større blandt borgere med hjertesygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed, hvad angår rygning, lav fysisk aktivitet og overvægt (Tabel 6.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det samme gælder andelen af borgere med hjertesygdom og et usundt kostmønster, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at spise sundere. Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tilsvarende tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen stor blandt borgere med hjertesygdom, som har *fået information om hjælp* til rygestop, og blandt borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at spise sundere.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket fald i andelen af borgere med hjertesygdom, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, blandt rygere, borgere med et usundt kostmønster og blandt overvægtige borgere (Tabel 6.7). Det største fald ses blandt borgere med et usundt kostmønster, hvor andelen, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere, er faldet fra 31 % i 2013 til 18 % i 2017. Hvad angår andelen af borgere med hjertesygdom og uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses der ingen statistisk signifikante ændringer fra 2013 til 2017. Ændringerne fra 2013 til 2017 i andelen, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 6.7 Borgere med hjertesygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	50*	4.200	61 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	11*	900	13
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	26	1.300	18
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	6	300	2
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	18	1.500	31 [#]
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	8*	600	10
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	22*	3.400	24
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	14*	2.100	14
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	25*	7.700	33 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	14*	4.400	16

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

6.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med hjertesygdom (97,5 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 52,8 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 6.8). Borgere med hjertesygdom, med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis, har i gennemsnit 16,5 og 3,7 kontakter hertil i 2015. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis er i den høje ende for borgere med hjertesygdom i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med hjertesygdom er andelen med somatiske kontakter generelt stor i forhold til andelen blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Henholdsvis 29,9 % og 33,3 % af borgere med hjertesygdom har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 68,9 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Op mod 12 % af borgere med hjertesygdom har mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter, blandt borgere med hjertesygdom med mindst én kontakt, ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har 8 kontakter. Antallet af planlagte ambulante besøg er i den høje ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

En meget lille andel af borgere med hjertesygdom har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 1,0 % og 2,3 % af borgere med hjertesygdom mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,8 % og 0,2 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller

genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med hjertesygdom med mindst én kontakt, ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 8 kontakter.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis uændret blandt borgere med hjertesygdom, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 49,9 % til 52,8 % (Tabel 6.8). I samme periode er der sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge blandt disse borgere.

For somatiske kontakter ses stigninger i andelen af borgere med mindst én årlig kontakt bortset fra andelen med forebyggelige indlæggelser, som er uændret. Den største stigning blandt borgere med hjertesygdom ses for planlagte ambulante besøg, hvor andelen med mindst ét årligt ambulante besøg er steget fra 60,8 % i 2007 til 68,9 % i 2015. Denne stigning er stor i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Det samme gør sig gældende for andelen med genindlæggelser. Blandt borgere med somatiske kontakter er der desuden sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter for alle kontakttypen.

For psykiatriske kontakter for borgere med hjertesygdom ses fra 2007 til 2015 ingen ændringer i andelen med mindst én kontakt, mens der ses en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter blandt borgere med mindst ét ambulatoriebesøg.

Tabel 6.8 Borgere med hjertesygdom med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	97,5	16,5	970.200	97,4	16,1 [#]	97,5	16,4
Speciallægepraksis	52,8	3,7	117.900	52,4	3,8 [#]	49,9 [#]	3,9 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	29,9	1,7	31.600	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	33,3	2,0	40.800	33,1	2,0	31,5 [#]	1,9 [#]
Planlagte ambulante besøg	68,9	8,0	334.700	67,1 [#]	7,8 [#]	60,8 [#]	7,2 [#]
Planlagte indlæggelser	12,0	1,5	10.600	11,4 [#]	1,4	11,4 [#]	1,4 [#]
Genindlæggelser	10,9	2,0	13.300	10,4 [#]	1,9 [#]	9,2 [#]	1,8 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	10,8	1,4	6.400	10,5	1,3 [#]	10,6	1,3 [#]
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,0	2,0	1.200	0,9	2,1	0,9	1,9
Ambulatoriebesøg	2,3	8,4	11.600	2,1 [#]	8,4	2,1	6,6 [#]
Indlæggelser	0,8	1,8	900	0,8	1,8	0,7	1,7
Genindlæggelser	0,2	2,1	200	0,2	2,6	0,2	2,1

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med hjertesygdom er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,2 dage i 2015 og 7,5 dage i 2007 (Tabel 6.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,3 dage i 2015 og 4,3 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 16,6 dage i 2015 og 32,6 dage i 2007.

Blandt borgere med hjertesygdom er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både planlagte somatiske indlæggelser samt psykiatriske indlæggelser i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 6.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med hjertesygdom

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,2	5,6	7,5
Planlagt somatisk indlæggelse	3,3	3,5	4,3
Psykiatrisk indlæggelse	16,6	18,3	32,6

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

6.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med hjertesygdom udgør i 2015 3.743 mio. kr., svarende til 62.000 kr. pr. person (Tabel 6.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.847 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 844 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 83 % (3.123 mio. kr.) af de samlede totale behandlings-

udgifter for borgere med hjertesygdom. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger hjertesygdom højt med hensyn til de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. person og de totale behandlingsudgifter i den somatiske hospitalssektor, for medicinudgifter og for de samlede totale behandlingsudgifter. Herudover er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i praksissektoren også i den høje ende for borgere med hjertesygdom i forhold til andre kroniske sygdomme.

Tabel 6.10 Behandlingsudgifter i 2015 for borgere med hjertesygdom i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	255	2.348	99	145	2.847
Pr. person (kr.)	4.200	38.900	1.600	2.400	47.100
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	40	775	17	12	844
Pr. person (kr.)	700	12.800	300	200	14.000
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	295	3.123	116	209	3.743
Pr. person (kr.)	4.900	51.700	1.900	3.500	62.000

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

6.9 Litteratur

- (1) Hjerteforeningen. Hjertetal.dk [citeret 2017 14-06]. <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertetal/hjertetal.dk/>.
- (2) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme - fokus på rehabilitering ved åreforkalknings-sygdom i hjertet og hjertesvigt. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2011.
- (3) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.
- (4) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (5) Pedersen LR, Sehested TSG, Olsen MH, Prescott E. Forebyggelse af hjertesygdom [citeret 2017 14-06]. <http://nbv.cardio.dk/forebyggelse>.
- (6) Hjerteforeningen. Pakkeforløb på hjerteområdet [citeret 2017 28-11]. <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertepakker/pakkeforloeb-paa-hjerteomraadet/>.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Høring: Nye anbefalinger på hjerteområdet 2017 <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/hoering-nye-anbefalinger-paa-hjerteomraadet>.



Kapitel 7

Apopleksi



7 Apopleksi

- Forekomsten af apopleksi er faldet fra 2,1 % i 2007 til 2,0 % i 2016. De største fald ses blandt de 65-79 årige. I 2015 var der 6.400 nye tilfælde af apopleksi. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
- To ud af tre borgere med apopleksi har én eller flere samtidige kroniske sygdomme, hyppigst hjertesygdom
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 44 %, dårligt fysisk helbred 37 % og dårligt mentalt helbred 21 % blandt borgere med apopleksi
- Forekomsten af lav fysisk aktivitet er 39 %, moderat overvægt 37 %, svage sociale relationer 31 % og usundt kostmønster 19 % blandt borgere med apopleksi
- Forekomsten af rygning er faldet fra 27 % i 2010 til 22 % i 2017 blandt borgere med apopleksi
- Andelen af borgere med apopleksi med kontakt til almen praksis og andelen med mindst ét akut ambulans besøg, akut indlæggelse eller genindlæggelse er stor
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med apopleksi udgør 1.734 mio. kr., svarende til 60.300 kr. pr. person i 2015

Apopleksi, også kaldet slagtilfælde, er en fælles betegnelse for blodprop i hjernen og blødning i hjernevævet. I størstedelen af tilfældene er der tale om en blodprop i hjernen. Kun 15 % af tilfældene er en hjerneblødning (1). Hvert år rammes cirka 15.000 danskere af apopleksi (3), og det anslås at 30-40.000 danskere lever med følgerne efter apopleksi (1-3). På landsplan er apopleksi den fjerde hyppigste dødsårsag (1).

Konsekvenserne af apopleksi afhænger af, hvilke områder i hjernen, der har taget skade, og størrelsen på disse områder. Af hyppige fysiske følger kan nævnes halvsidig lammelse, træthed og føleforstyrrelser. Af hyppige kognitive følger kan nævnes koncentrations- og opmærksomhedsproblemer, talebesvær og hukommelsessvigt. Af følger, der vedrører personlighedsændringer, kan nævnes påvirket impulsstyring, nedsat initiativ og følelsesmæssige ændringer (3).

Flere mænd end kvinder rammes af apopleksi. Risikoen stiger med alderen, og 90 % af borgere med apopleksi er over 60 år (1). Vigtige risikofaktorer for apopleksi er rygning, usund kost, overvægt, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, diabetes, kronisk hjerterytmeforstyrrelse og genetisk disposition (2, 3).

Apopleksi resulterer årligt i 3600 dødsfald og cirka 9.000 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (2).

Borgere med apopleksi har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden apopleksi. På landsplan

koster apopleksi 2.030 mio. kr. i behandling og pleje samt 2.630 mio. kr. i tabt produktion (2).

Forebyggelse af apopleksi starter hos borgeren selv med en sund livsstil, heriblandt rygestop, sunde kostvaner, fysisk aktivitet og normal vægt (1). Er borgeren i risiko for udvikling af sygdom foretages individuel risikovurdering og har borgeren kendt apopleksi igangsættes medicinsk behandling (primær og sekundær forebyggelse). Strukturelle tiltag såsom rygeforbud og reduktion af indtag af salt samt mættet fedt er effektive i kombination med individuelle tiltag (4). Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 et nationalt forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, som beskriver den samlede tværfaglige og koordinerede rehabiliteringsindsats for personer med apopleksi (5).

Forekomsten af apopleksi afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med apopleksi identificeret via Landspatientregistret (LPR). Algoritmen inkluderer de samme diagnosekoder som Sundhedsstyrelsen har anvendt i forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, apopleksi og TCI (transitorisk cerebral iskæmi). Det betyder, at denne definition ikke alene omfatter borgere, der har haft en apopleksi, men også inkluderer borgere, der har haft et mindre eller forbigående slagtilfælde. Disse er inkluderet, da disse grupper af patienter vil være i livslang behandling med blodfortyndende medicin og medicin mod forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol (6). Se Tabel 7.1 for definitionen af apopleksi i denne rapport.

Tabel 7.1 Definition af borgere med apopleksi

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose.

- ICD-10-koder fra LPR:
 - G45, G46 (Episodiske og anfaldsvise lidelser, f.eks. TCI)
 - I60-I69 (Karsygdomme i hjernen f.eks. hjerneblødning og blodprop i hjernen)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulans forløb (inklusiv åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

7.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 2,0 % af borgerne i Region Hovedstaden haft en apopleksi, svarende til 29.100 personer (Tabel 7.2). I løbet af 2015 har 0,5 % af borgerne, svarende til 6.400 personer, fået konstateret apopleksi.

Køn: Forekomsten af apopleksi er højere hos mænd sammenlignet med kvinder, men der er ingen kønsforskel i andelen, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af apopleksi stiger med stigende alder fra 0,1 % blandt de 16-24 årige til 11,6 % blandt borgere på 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af apopleksi falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af apopleksi er næsten tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af apopleksi er størst blandt pensionister, foreneligt med den høje forekomst blandt de ældste borgere og mindst blandt borgere i beskæftigelse eller arbejdsløse. Forekomsten af apopleksi er dog også høj blandt førtidspensionister. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af apopleksi og andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af og andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015, er mere end dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af apopleksi varierer fra 1,6 % i planlægningsområde Byen til 2,6 % på Bornholm. Der er kun små forskelle i andelen af nye tilfælde af apopleksi i løbet af 2015 mellem de fire planlægningsområder og Bornholm.

Udvikling i forekomst af apopleksi 2007-2016: Forekomsten af apopleksi er faldet fra 2,1 % i 2007 til 2,0 % i 2013 og er uændret fra 2013 til 2016 i regionen som helhed (Tabel 7.2). Et fald eller en uændret forekomst fra 2007 til 2016 gør sig også gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. De største fald ses blandt de 65-79 årige og blandt førtidspensionister. Omvendt ses i samme periode en stigning blandt borgere som er langtidssyge. Fra 2007 til 2016 er forekomsten af apopleksi faldet eller er uændret i de fleste planlægningsområder undtagen planlægningsområde Nord, hvor forekomsten er steget.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af det seneste år, er uændret fra 2007 til 2015 i regionen som helhed, og det gør sig også gældende for de fleste sociodemografiske grupper (Tabel 7.2). Dog ses en lille stigning blandt borgere, som er langtidssyge, mens der ses et fald blandt førtidspensionister, blandt de 45-70-årige og foreneligt hermed også blandt pensionister. Andelen af nye tilfælde af apopleksi inden for det seneste år er faldet fra 2007-2015 i alle planlægningsområder, på nær planlægningsområde Nord, hvor andelen er uændret.

Table 7.2 Borgere med apopleksi 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	2,0 ■	29.100	2,0	2,1 [#]	0,5 ■	6.400	0,5	0,5
Køn								
Mand	2,1 ■	14.800	2,1	2,1	0,5 ■	3.200	0,5	0,5
Kvinde	1,9 ■	14.300	1,9	2,0 [#]	0,4 ■	3.200	0,5 [#]	0,5 [#]
Alder								
16-24 år	0,1	100	0,1	0,1	0,0	0	0,0	0,0
25-34 år	0,2	400	0,1	0,1 [#]	0,0	100	0,0	0,0
35-44 år	0,4	900	0,4	0,4	0,1	200	0,1	0,1
45-54 år	1,0 ■	2.600	1,1 [#]	1,1 [#]	0,2 ■	600	0,3	0,3 [#]
55-64 år	2,4 ■	4.700	2,5	2,6 [#]	0,5 ■	1.000	0,6	0,6 [#]
65-79 år	5,4 ■	12.300	5,4	6,1 [#]	1,2 ■	2.700	1,3	1,5 [#]
80+ år	11,6 ■	8.000	11,5	11,6	3,1 ■	1.800	3,0	3,1
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,1	200	0,1	0,1	0,0	100	0,0	0,0
Grundskole	3,2 ■	7.500	3,1	3,2	0,7 ■	1.700	0,7	0,8 [#]
Gymnasial	1,0	1.000	0,9 [#]	0,8 [#]	0,3	200	0,2	0,2 [#]
Erhvervsfaglig	2,7 ■	9.500	2,5 [#]	2,3 [#]	0,6 ■	2.000	0,6	0,6
Kort og mellemlang videreg.	1,6 ■	4.300	1,5 [#]	1,4 [#]	0,4 ■	900	0,4	0,3
Lang videregående	1,1	2.000	1,1	1,0	0,2	400	0,2	0,3
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	0,7	5.500	0,7	0,6 [#]	0,2	1.300	0,2	0,2
Arbejdsløs	0,7	200	0,6	0,7	0,2	0	0,3 [#]	0,2
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	1,9 ■	1.300	1,6 [#]	1,2 [#]	0,3	200	0,3	0,2 [#]
Førtidspensionist	4,4 ■	2.100	4,6	5,1 [#]	0,7 ■	400	0,8	0,9 [#]
Pensionist	7,0 ■	19.600	6,9 [#]	7,3 [#]	1,7 ■	4.300	1,7	1,8 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	3,0 ■	15.300	3,1	3,2 [#]	0,7 ■	3.300	0,7	0,8 [#]
Samlevende	1,8 ■	13.600	1,8	1,8	0,4 ■	3.100	0,4	0,4
Etnisk baggrund								
Danmark	2,2 ■	26.500	2,2	2,2	0,5 ■	5.900	0,5	0,5
Andre vestlige lande	1,1	1.100	1,2 [#]	1,5 [#]	0,3	300	0,3	0,4 [#]
Ikke-vestlige lande	0,8	1.500	0,9	0,8	0,2	300	0,2	0,2
Planlægningsområder								
Nord	2,2 ■	5.700	2,1 [#]	2,0 [#]	0,5 ■	1.300	0,5	0,5
Midt	2,2 ■	8.100	2,2	2,3	0,5 ■	1.800	0,5	0,6 [#]
Syd	2,0 ■	8.400	2,0	2,1 [#]	0,4 ■	1.800	0,5 [#]	0,5 [#]
Byen	1,6 ■	6.100	1,7 [#]	1,9 [#]	0,4 ■	1.300	0,4	0,5 [#]
Bornholm	2,6 ■	900	2,7	2,5	0,5 ■	200	0,6	0,7 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

7.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med apopleksi har to tredjedele samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 7.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med apopleksi, er: Hjertesygdom, som ses hos næsten hver fjerde borger med apopleksi, diabetes, KOL, langvarig depression eller knogleskørhed.

Forekomsten af én eller flere samtidige kroniske sygdomme hos borgere med apopleksi er steget fra 64,5 % i 2007 til 67,2 % i 2013 og er igen faldet til 66,5 % i 2016. Det vil sige, at der overordnet har været en stigning på 2 procentpoint fra 2007 til 2016. Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig især gældende for KOL og knogleskørhed, mens der omvendt ses et fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med apopleksi.

Tabel 7.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med apopleksi

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	66,5	19.400	67,2 [#]	64,5 [#]
Hjertesygdom	24,1	7.000	24,9 [#]	27,4 [#]
Diabetes	17,9	5.200	17,5	16,5 [#]
KOL	17,1	5.000	15,4 [#]	11,7 [#]
Langvarig depression	14,2	4.100	16,1 [#]	14,8
Knogleskørhed	11,3	3.300	10,5 [#]	6,7 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med apopleksi. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 66,5 %

7.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med apopleksi højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 7.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred og andelen med et dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med apopleksi sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 44 % af borgere med apopleksi et mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred, svarende til 10.800 personer, og 37 % af borgere med apopleksi har et dårligt fysisk helbred, svarende til 7.900 personer (Tabel 7.4). Der er tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med apopleksi både højt med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred, dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med apopleksi ses ingen statistisk signifikante ændringer fra 2010 til 2017. Fra 2013 til 2017 ses der dog en stigning i andelen med søvnproblemer, som dermed er næsten på samme niveau som i 2010 (Tabel 7.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed også en stigning i forekomsten af søvnproblemer fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 7.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med apopleksi

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred	44 *	10.800	41	45
Dårligt fysisk helbred	37 *	7.900	35	40
Dårligt mentalt helbred	21 *	4.500	19	19
Højt stressniveau	39 *	8.600	33	36
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	21 *	5.000	15 [#]	19

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

7.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer





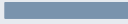


I 2017 har borgere med apopleksi højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed, bortset fra rygning og storforbrug af alkohol, hvor niveauet er det samme (Tabel 7.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med lav fysisk aktivitet større blandt borgere med apopleksi sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 39 % af borgere med apopleksi lav fysisk aktivitet, svarende til 8.800 personer (Tabel 7.5), mens det gælder 19 % af borgere i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I overensstemmelse hermed har borgere med apopleksi en høj forekomst af lav fysisk

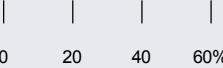
aktivitet i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, og dette gør sig også gældende for usundt kostmønster, moderat overvægt samt svage sociale relationer.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med apopleksi er andelen af rygere faldet fra 27 % i 2010 til 22 % i 2017 (Tabel 7.5). Andelen med et storforbrug af alkohol er ligeledes faldet fra 13 % i 2010 til 9 % i 2017. Derimod ses en stigning i andelen med lav fysisk aktivitet fra 2013 til 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 7.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med apopleksi

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	22 	5.200	23	27 [#]
Storforbrug af alkohol	9 	1.900	11	13 [#]
Usundt kostmønster	19  *	4.300	21	15
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	39  *	8.800	32 [#]	33
Moderat overvægt	37  *	8.900	35	37
Svær overvægt	17  *	4.000	17	17
Svage sociale relationer	31  *	7.200	28	36



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

7.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med apopleksi med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 7.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for borgere med et usundt kostmønster. Hvor 45 % af borgere med apopleksi ønsker at spise sundere, svarende til 1.900 personer, gælder det 62 % blandt borgere med et usundt kostmønster i regionen som helhed.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med apopleksi generelt lavt med hensyn til motivation for adfærdsændring,

hvad angår alle parametre bortset fra alkohol, som der ikke er data på.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017: Blandt borgere med apopleksi ses ingen statistisk signifikante ændringer i ønske om adfærdsændringer fra 2010 til 2017 (Tabel 7.6). Dette er i modsætning til regionen som helhed, hvor der blandt dagligrygere ses et fald i andelen, som ønsker rygestop, blandt borgere med storforbrug af alkohol ses en stigning i andelen, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget og blandt borgere med usundt kostmønster ses en stigning i andelen, som ønsker at spise sundere.

Tabel 7.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med apopleksi med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	58*	3.000	57	58
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	-	-	-	-
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	45*	1.900	45	33
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	55*	4.500	59	58
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	64*	5.700	69	71
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	88*	3.500	90	94

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af for få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

7.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, større hvad angår rygning og overvægt blandt borgere med apopleksi med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Blandt borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses ligeledes, at andelen generelt er større blandt borgere med apopleksi bortset fra borgere med usundt kostmønster, hvor der ikke ses en statistisk signifikant forskel (Tabel 7.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabellen i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen blandt borgere med apopleksi, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, stor, hvad angår rygning og storforbrug af alkohol. Andelen er ligeledes stor blandt borgere med apopleksi, som har *taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring*, hvad angår rygning og derudover også overvægt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden ikke sket nogen statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med apopleksi, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring eller som har *taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring* (Tabel 7.7).

Tabel 7.7 Borgere med apopleksi med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	55*	2.700	56
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	13*	700	18
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	-	.	-
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	-	.	-
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	19	800	25
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	7	300	14
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	23	1.800	28
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	14*	1.100	13
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	28*	3.500	36
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	17*	2.100	18

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

- På grund af for få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

7.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med apopleksi (97,3 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 47,1 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 7.8). Borgere med apopleksi med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 16,3 og 3,7 kontakter hertil i 2015. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt borgere med apopleksi er højt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med apopleksi har 30,6 % mindst ét akut ambulans besøg, 35,0 % mindst én akut indlæggelse og 11,1 % har mindst én genindlæggelse i 2015, hvilket generelt er store andele i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Herudover har 62,6 % mindst ét planlagt ambulans besøg, mens 10,2 % har mindst én planlagt indlæggelse, og 12,4 % har en forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med apopleksi med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har 7 kontakter.

En meget lille andel af borgere med apopleksi har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 1,2 % og 3,2 % af borgere med apopleksi mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 1,0 % og 0,3 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med apopleksi med mindst én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 7 kontakter, hvilket er i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis uændret blandt borgere med apopleksi, mens andelen med minimum én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 43,8 % til 47,1 % (Tabel 7.8). I samme periode er der sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt disse borgere, mens der er sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge.

For alle somatiske kontakttyper ses stigninger i andelen af borgere med mindst én årlig kontakt. Disse stigninger er generelt store i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Den største stigning blandt borgere med apopleksi ses for planlagte ambulante besøg, hvor andelen med mindst ét årligt ambulans besøg er steget fra 54,3 % i 2007 til 62,6 % i 2015. Blandt borgere med somatiske kontakter er der desuden sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter ved akutte indlæggelser, planlagte ambulante besøg og genindlæggelser.

For psykiatriske kontakter for borgere med apopleksi ses fra 2007 til 2015 en stigning fra 1,4 % til 2,1 % i andelen med mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue, ligesom andelen med minimum ét ambulatoriebesøg er steget fra 2,8 % i 2007 til 3,2 % i 2015, mens der for disse kontakter ikke ses nogen ændringer i det gennemsnitlige antal kontakter. Der ses dog en lille stigning i det gennemsnitlige antal indlæggelser på psykiatrisk afdeling.

Tabel 7.8 Borgere med apopleksi med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	97,3	16,3	454.800	97,3	15,7 [#]	97,3	15,6 [#]
Speciallægepraksis	47,1	3,7	49.700	46,4	3,8 [#]	43,8 [#]	3,9 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	30,6	1,8	15.500	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	35,0	2,0	20.100	34,1 [#]	1,9 [#]	32,5 [#]	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	62,6	7,0	125.900	60,5 [#]	6,8 [#]	54,3 [#]	6,3 [#]
Planlagte indlæggelser	10,2	1,4	4.100	9,5 [#]	1,4	8,9 [#]	1,4
Genindlæggelser	11,1	1,9	6.200	10,3 [#]	1,9	9,3 [#]	1,7 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	12,4	1,4	3.300	11,8	1,3	11,7 [#]	1,3
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,2	2,1	700	1,3	2,4	1,4 [#]	1,9
Ambulatoriebesøg	3,2	7,4	6.800	3,1	7,3	2,8 [#]	6,4
Indlæggelser	1,0	1,8	500	1,1	2,0	1,1	1,5 [#]
Genindlæggelser	0,3	2,0	100	0,3	3,1	0,2	1,5

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med apopleksi er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,6 dage i 2015 og 9,1 dage i 2007 (Tabel 7.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,7 dage i 2015 og 5,4 dage i 2007.

For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 17,5 dage i 2015 og 29,3 dage i 2007. Blandt borgere med apopleksi er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved akutte somatiske indlæggelser i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 7.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med apopleksi

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,6	6,4	9,1
Planlagt somatisk indlæggelse	3,7	4,1	5,4
Psykiatrisk indlæggelse	17,5	15,7	29,3

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

7.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med apopleksi udgør i 2015 1.734 mio. kr., svarende til 60.300 kr. pr. person (Tabel 7.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 1.331 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 385 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 83 % (1.434 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med apopleksi. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger

apopleksi lavt med hensyn til de totale behandlingsudgifter i praksissektoren men højt på de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. person i praksissektoren. Derudover ligger de gennemsnitlige behandlingsudgifter til den somatiske hospitalssektor højt, hvorimod de totale og gennemsnitlige medicinudgifter ligger lavt, hvilket også gælder for de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med apopleksi i forhold til andre sygdomme.

Tabel 7.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med apopleksi i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelse) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	146	1.080	60	44	1.331
Pr. person (kr.)	5.100	37.600	2.100	1.500	46.300
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	17	354	10	4	385
Pr. person (kr.)	600	12.300	300	100	13.400
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	163	1.434	70	67	1.734
Pr. person (kr.)	5.700	49.900	2.400	2.300	60.300

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

7.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11].
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(3) Videnscenter for Hjerneskade & ÆldreForum. Ældre og apopleksi - inspiration til pleje-og omsorgspersonale. Odense: ÆldreForum; 2010.

(4) Pedersen LR, Sehested TSG, Olsen MH, E P. Forebyggelse af hjertesygdom [citeret 2017 14-06].
<http://nbv.cardio.dk/forebyggelse>.

(5) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

(6) Sundhedsstyrelsen. Bilag til Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og TCI - Beskrivelse af dataopgørelser & dataopgørelser i form af tabeller og grafik. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.



Kapitel 8

Kronisk obstruktiv lungesygdom



8 Kronisk obstruktiv lungesygdom

- Forekomsten af KOL er steget fra 3,9 % i 2007 til 4,9 % i 2016. Stigningen ses særligt i de ældste aldersgrupper. I 2015 var der 15.300 nye tilfælde af KOL. Andelen af nye tilfælde er steget fra 1,0 % i 2007 til 1,1 % i 2015
 - Lidt over halvdelen af borgere med KOL har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst hjertesygdom
 - Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 40 %, dårligt fysisk helbred 33 % og dårligt mentalt helbred 15 % blandt borgere med KOL
 - Forekomsten af rygning er faldet fra 31 % i 2010 til 27 % 2017 blandt borgere med KOL, men forekomsten af rygning er stadig høj
 - Andelen af borgere med KOL med mindst én forebyggelig indlæggelse i 2015 (13,8 %) er stor i forhold til andre kroniske sygdomme
 - De samlede behandlingsudgifter for borgere med KOL er 3.755 mio. kr., svarende til 54.200 kr. pr. person i 2015
-

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en kronisk uhelbredelig lungesygdom, hvor der sker en forsnævring af luftvejene og ødelæggelse af lungevævet (1). KOL udvikler sig over mange år og viser sig ved tiltagende åndenød, hosten, slim og hyppige lungeinfektioner (1).

I Danmark er KOL en væsentlig årsag til sygdom og død, og det skønnes, at 200.000 danskere har KOL i 2013 (2). Samtidigt er KOL årsag til 6 % af alle dødsfald (3).

Tobaksrygning er den væsentligste risikofaktor for udvikling af KOL og cirka 85 % af KOL tilfælde i Danmark kan tilskrives rygning (4). I forebyggelsen af KOL er det derfor vigtigt at undgå, at borgere begynder med at ryge. Derudover er rygestop blandt rygere et andet vigtigt element både i forebyggelsen af KOL, men også i forebyggelsen af sygdomsforværring. KOL forekommer dog også hos personer, som aldrig har røget. Udsættelse for passiv rygning, forurening fra trafik og arbejdsmiljøforurening øger også risikoen for KOL (5).

KOL resulterer årligt i 3.300 dødsfald og 8.300 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (3).

Borgere med KOL har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden KOL. På landsplan koster KOL årligt 1.290 mio. kr. i pleje og behandling samt 1.200 mio. kr. i tabt produktion (3).

For at sikre rettidig diagnosticering, og en systematisk indsats for borgere med KOL, opdaterede Sundhedsstyrelsen i 2014 "National klinisk retningslinje for KOL" (6) og udarbejdede anbefalinger for tværsektorielle forløb for borgere med KOL (4).

Forekomsten af KOL afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med KOL identificeret via Landspatientregistret, Lægemedeldatabasen og Sygesikringsregistret. Der tages udgangspunkt i en modificeret udgave af en algoritme til identifikation af KOL, som er udviklet og valideret af institut for Almen medicin, Aarhus Universitet (7). En stor del af den medicin, som anvendes i behandling af KOL, anvendes også i behandlingen af astma. Algoritmen, som er anvendt til opgørelse af KOL i denne rapport, benytter oplysninger om indikationskoder for behandling med disse lægemidler, hvilket gør det muligt i højere grad at skelne mellem lægemidler givet mod KOL eller mod astma. Se Tabel 8.1 for definitionen af KOL i denne rapport.

Tabel 8.1 Definition af borgere med KOL

Alle borgere, på mindst 35 år, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose **og/eller** som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder og indikationskoder blandt nedenstående **og/eller** inden for de seneste fem år har fået foretaget mindst to spirometriundersøgelser i almen praksis på forskellige datoer defineret med følgende ydelser^c:

- ICD10-koder fra LPR:
 - ICD10-koder: J40-J44, J47, J96 (Bronkitis, kronisk bronkitis med og uden obstruktion, lungeemfysem, udvidelse af bronkier, respirationsinsufficiens)
- ATC-koder fra lægemiddeldatabasen:
 - R03AC, R03AK, R03BA, R03BB, R03CC, R03DA, R03DC, (selektive beta-2-agonister til inhalation, glukokortikoid i kombination med langtidsvirkende β 2-agonist, glukokortikoider til inhalation, antikolinergika til inhalation, selektive beta-2-agonister, xanthiner, leukotrien-receptorantagonister), men kun hvor recepterne har indikationskode 379 (ved KOL) eller 464 (mod opblussen i KOL). Såfremt indikationskoden er 0 eller uoplyst for alle recepter med ATC-kode R03 i hele perioden (5 år) for den enkelte borger, inkluderes receptindløsninger med ovenstående ATC-koder i definitionen af KOL alligevel.
- Ydelseskoder fra sygesikringsregistret:
 - 7113, 7121 (spirometri, kun for speciale 80, almen praktiserende læge)

OBS: Hvis den samme borger opfylder kriterierne for både KOL og astma defineres borgeren til at have KOL. Med definitionen er det ikke muligt samtidigt at have både KOL og astma.

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulans forløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

^c Borgeren skal have den angivne alder på datoen for kontakten i LPR, datoen for den sidste receptudlevering eller datoen for sidste spirometri

8.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 4,9 % af borgerne i Region Hovedstaden KOL, svarende til 72.200 personer (Tabel 8.2). I løbet af 2015 har 1,1 % af borgerne, svarende til 15.300 personer, fået konstateret KOL.

Køn: Forekomsten af KOL er større blandt kvinder sammenlignet med mænd, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret KOL i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af KOL stiger med stigende alder, og en tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af KOL falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af KOL er således tre gange større blandt borgere med grundskole end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Den samme tendens ses for andelen af borgere, der har fået konstateret KOL i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af KOL er størst blandt førtidspensionister og pensionister og mindst blandt borgere i beskæftigelse. For pensionister er dette i overensstemmelse med den høje forekomst af KOL i de ældste aldersgrupper. Andelen af borgere, der har fået konstateret KOL i løbet af 2015, er ligeledes højest blandt førtidspensionister og pensionister og lavest blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af KOL og andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2015, er større blandt enlige sammenlignet med sammenlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af KOL og andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2015, er

























































omkring dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af KOL varierer fra 3,6 % i planlægningsområde Byen til 6,8 % i planlægningsområde Nord og på Bornholm. Andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i 2015, varierer fra 0,8 % i planlægningsområde Byen til 1,6 % i planlægningsområde Nord.

Udvikling i forekomst af KOL 2007-2016: Forekomsten af KOL er steget fra 3,9 % i 2007 til 4,6 % i 2013 og til 4,9 % i 2016 i regionen som helhed (Tabel 8.2). Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper, særligt i de ældste aldersgrupper, blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse samt blandt borgere, som er langtidssyge, pensionister eller førtidspensionister. Modsat stigningen i de ældste aldersgrupper ses et lille fald blandt de 35-44 årige og ligeledes et fald blandt borgere med anden vestlig baggrund. Der er derudover sket en stigning i forekomsten af KOL i alle planlægningsområder, mest markant i planlægningsområde Nord og på Bornholm.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af det seneste år, er steget fra 1,0 % i 2007 til 1,1 % i 2013 og er uændret fra 2013 til 2015 i regionen som helhed (Tabel 8.2). De største stigninger ses blandt de ældste borgere, borgere med grundskole og erhvervsfaglig uddannelse samt blandt borgere, som er langtidssyge, førtidspensionister eller pensionister. I samme periode er andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af det seneste år, steget i alle planlægningsområder på nær planlægningsområde Byen, hvor der er sket et lille fald.

Tabel 8.2 Borgere med KOL 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	4,9 	72.200	4,6 [#]	3,9 [#]	1,1 	15.300	1,1	1,0 [#]
Køn								
Mand	4,6 	32.400	4,2 [#]	3,4 [#]	1,1 	7.400	1,1	0,9 [#]
Kvinde	5,3 	39.700	5,0 [#]	4,3 [#]	1,1 	8.000	1,1	1,0 [#]
Alder								
16-24 år	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
25-34 år	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100	0,1 [#]	0,0
35-44 år	2,2 	5.600	2,2	2,4 [#]	0,7 	1.700	0,7	0,7
45-54 år	4,4 	11.000	4,4	4,2 [#]	1,1 	2.600	1,1	1,1
55-64 år	8,2 	15.800	7,6 [#]	5,9 [#]	1,9 	3.400	1,9	1,6 [#]
65-79 år	12,8 	29.500	11,7 [#]	10,2 [#]	2,8 	5.500	2,8	2,5 [#]
80+ år	15,1 	10.400	13,5 [#]	9,9 [#]	3,4 	2.000	3,3	2,3 [#]
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,2	300	0,2	0,2	0,0	100	0,1	0,1
Grundskole	9,0 	21.400	8,0 [#]	6,2 [#]	1,9 	4.300	1,9	1,5 [#]
Gymnasial	2,8 	2.600	2,5 [#]	1,8 [#]	0,7 	600	0,6	0,5 [#]
Erhvervsfaglig	7,1 	25.000	6,3 [#]	4,6 [#]	1,6 	5.300	1,5 [#]	1,2 [#]
Kort og mellemlang videreg.	4,4 	12.000	4,0 [#]	3,3 [#]	1,0 	2.600	1,0	0,9 [#]
Lang videregående	2,7 	5.100	2,6 [#]	2,4 [#]	0,7 	1.200	0,6	0,6
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	2,7 	21.500	2,6 [#]	2,3 [#]	0,7 	5.500	0,7	0,7
Arbejdsløs	3,4 	800	3,1 [#]	3,0 [#]	0,9 	200	0,9	0,9
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	5,8 	3.900	4,8 [#]	3,2 [#]	1,4 	800	1,3	0,9 [#]
Førtidspensionist	13,3 	6.300	11,8 [#]	9,6 [#]	2,9 	1.300	2,8	2,3 [#]
Pensionist	13,8 	38.700	12,3 [#]	9,8 [#]	3,0 	7.300	2,9	2,4 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	7,0 	35.000	6,4 [#]	5,2 [#]	1,5 	7.200	1,6	1,3 [#]
Samlevende	4,9 	37.100	4,6 [#]	3,9 [#]	1,2 	8.200	1,1 [#]	1,0 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	5,4 	64.600	5,0 [#]	4,1 [#]	1,2 	13.600	1,2	1,0 [#]
Andre vestlige lande	2,6 	2.700	2,8 [#]	3,1 [#]	0,7 	600	0,7	0,7
Ikke-vestlige lande	2,8 	4.900	2,6 [#]	2,2 [#]	0,7 	1.100	0,7	0,6 [#]
Planlægningsområder								
Nord	6,8 	17.600	6,3 [#]	4,5 [#]	1,6 	3.800	1,5 [#]	1,2 [#]
Midt	5,2 	18.700	4,9 [#]	4,4 [#]	1,2 	3.900	1,1 [#]	1,0 [#]
Syd	4,6 	19.800	4,3 [#]	3,5 [#]	1,1 	4.300	1,1	0,9 [#]
Byen	3,6 	13.800	3,4 [#]	3,2 [#]	0,8 	2.900	0,8	0,9 [#]
Bornholm	6,8 	2.300	6,0 [#]	3,8 [#]	1,3 	400	1,6 [#]	1,0 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

8.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med KOL i Region Hovedstaden har lidt over halvdelen samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 8.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med KOL, er: Hjertesygdom, som ses hos næsten hver femte borger med KOL, diabetes, langvarig depression, knogleskørhed og kræft.

Forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme blandt borgere med KOL er steget fra 46,3 % i 2007 til 51,6 % i 2013 og til 52,7 % i 2016. Stigningen gør sig især gældende for diabetes og knogleskørhed, mens der ses et lille fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med KOL.

Tabel 8.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med KOL

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	52,7	38.100	51,6 [#]	46,3 [#]
Hjertesygdom	17,6	12.700	17,7	18,7 [#]
Diabetes	13,6	9.800	12,5 [#]	9,4 [#]
Langvarig depression	11,6	8.400	12,3 [#]	10,3 [#]
Knogleskørhed	10,9	7.800	10,1 [#]	6,8 [#]
Kræft	8,8	6.400	8,3 [#]	6,7 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med KOL. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 52,7 %

8.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med KOL højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 8.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med KOL, sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 40 % af borgere med KOL et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 25.700 personer, og 33 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 19.400 personer (Tabel 8.4). Der er tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Se tabel

i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med KOL højt med hensyn til forekomst af dårligt fysisk helbred men omvendt lavt, hvad angår dårligt mentalt helbred.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med KOL ses et fald i andelen med højt stressniveau fra 35 % i 2010 til 32 % i 2017. Herudover ses ingen statistisk signifikante ændringer (Tabel 8.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed omvendt en stigning i forekomsten af højt stressniveau fra 2010 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 8.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med KOL

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	40	25.700	41	43
Dårligt fysisk helbred	33	19.400	34	34
Dårligt mentalt helbred	15	8.900	18	15
Højt stressniveau	32	19.600	30	35 [#]
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	19	12.400	17	17

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med KOL højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 8.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen med usundt kostmønster og svær overvægt større blandt borgere med KOL sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 20 % af borgere med KOL et usundt kostmønster, svarende til 12.400 personer, og 21 % af borgere med KOL har svær overvægt, svarende til 13.300 borgere (Tabel 8.5). Til sammenligning er forekomsten af usundt kostmønster 12 % og svær overvægt 13 % i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I overensstemmelse hermed har borgere med KOL

en høj forekomst af et usundt kostmønster i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, og dette gør sig også gældende for rygning og storforbrug af alkohol.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med KOL er andelen af rygere faldet fra 31 % i 2010 til 27 % i 2017 (Tabel 8.5). Andelen med et storforbrug af alkohol er ligeledes faldet fra 15 % i 2010 til 12 % i 2017. Omvendt ses en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 17 % i 2010 til 20 % i 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 8.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med KOL

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	27 *	17.300	30	31 [#]
Storforbrug af alkohol	12 *	7.400	14	15 [#]
Usundt kostmønster	20 *	12.400	18	17 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	30 *	18.800	32	30
Moderat overvægt	35	22.000	36	37
Svær overvægt	21 *	13.300	20	20
Svage sociale relationer	27 *	16.600	28	29

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, mindre blandt borgere med KOL med usundt kostmønster eller moderat overvægt sammenlignet med borgere med tilsvarende uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 8.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for borgere med et usundt kostmønster. Hvor cirka halvdelen af borgere med KOL, med et usundt kostmønster, ønsker at spise sundere, svarende til 6.000 personer, gælder det to ud af tre blandt borgere med et usundt kostmønster i regionen som helhed.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med KOL hverken højt eller lavt med hensyn til motivation for at ændre adfærd.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med KOL og uhensigtsmæssig risikoprofil ses ingen statistisk signifikante ændringer i ønske om adfærdsændringer fra 2010 til 2017 (Tabel 8.6).

Tabel 8.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med KOL med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	68	11.600	71	73
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	39	2.900	36	34
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	49*	6.000	44	46
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	63	11.200	57	65
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	75*	16.600	75	78
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	91	12.000	93	94

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, større blandt borgere med KOL sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Undtagelser er borgere med et storforbrug af alkohol og usundt kostmønster, hvor der ikke ses statistisk signifikante forskelle. Blandt borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses ligeledes, at andelen generelt er større blandt borgere med KOL med en uhensigtsmæssig risikoprofil (Tabel 8.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, stor, hvad angår rygning og lav fysisk aktivitet blandt borgere med KOL. Andelen er

ligeledes stor blandt borgere med KOL, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, hvad angår rygning og lav fysisk aktivitet og derudover også for storforbrug af alkohol i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af overvægtige borgere med KOL, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv, fra 33 % i 2013 til 27 % i 2017 (Tabel 8.7). Faldet er i overensstemmelse med et tilsvarende fald i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med KOL med uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring eller som har *taget imod hjælp* til adfærdsændring.

Tabel 8.7 Borgere med KOL med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	59*	9.700	62
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	12*	2.000	16
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	25	1.800	30
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	8*	600	7
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	19	2.200	25
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	6*	700	11
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	24*	4.100	24
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	15*	2.600	14
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	27*	9.100	33#
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	15*	5.000	17

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgen gennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med KOL (96,5 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 52,4 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 8.8). Borgere med KOL med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 14,6 og 3,9 kontakter hertil i 2015.

Henholdsvis 25,8 % og 26,6 % af borgere med KOL har mindst ét akut ambulant besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 57,9 % har mindst ét planlagt ambulant besøg. Op mod 10 % af borgere med KOL har mindst én planlagt indlæggelse eller genindlæggelse i 2015, mens 13,8 % har mindst én forebyggelig indlæggelse. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med KOL med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har omkring 7 kontakter.

En meget lille andel af borgere med KOL har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 1,4 % og 2,8 % af borgere med KOL mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 1,2 % og 0,3 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med KOL med mindst én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 10 kontakter.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis steget fra 95,5 % til 96,5 % blandt borgere med KOL, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 49,5 % til 52,4 % (Tabel 8.8). I samme periode er der sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis, mens der omvendt er sket et fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis blandt disse borgere.

For somatiske kontakter ses også en stigning i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, ét planlagt ambulant besøg, én planlagt indlæggelse eller én genindlæggelse, mens der ses et lille fald i andelen med mindst én forebyggelig indlæggelse. Den største stigning blandt borgere med KOL ses for planlagte ambulante besøg, hvor andelen er steget fra 51,1 % i 2017 til 57,9 % i 2015. Stigningerne i akutte og planlagte indlæggelser er generelt store blandt borgere med KOL i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Blandt borgere med KOL med somatiske kontakter ses også en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter, med undtagelse af forebyggelige indlæggelser, hvor der ikke er sket nogen ændring.

For psykiatriske kontakter for borgere med KOL ses fra 2007 til 2015 en stigning fra 2,1 % til 2,8 % i andelen med mindst ét ambulatoriebesøg (Tabel 8.8). Der ses ligeledes en stigning i andelen af borgere med KOL med mindst én indlæggelse på psykiatrisk afdeling, ligesom det gennemsnitlige antal psykiatriske indlæggelser blandt disse er steget.

Tabel 8.8 Borgere med KOL med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	96,5	14,6	979.100	96,2 [#]	14,2 [#]	95,5 [#]	14,4 [#]
Speciallægepraksis	52,4	3,9	142.900	51,8 [#]	4,0 [#]	49,5 [#]	4,2 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	25,8	1,7	29.800	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	26,6	2,0	37.300	25,6 [#]	2,0	23,8 [#]	1,9 [#]
Planlagte ambulante besøg	57,9	6,9	278.200	55,6 [#]	6,7 [#]	51,1 [#]	6,3 [#]
Planlagte indlæggelser	9,6	1,5	9.900	8,8 [#]	1,4	8,5 [#]	1,4 [#]
Genindlæggelser	8,7	2,0	12.100	8,0 [#]	2,0	7,0 [#]	1,9 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	13,8	1,5	8.000	13,0 [#]	1,5	14,9 [#]	1,5
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,4	2,5	2.500	1,5	2,4	1,4	2,4
Ambulatoriebesøg	2,8	10,4	20.000	2,3 [#]	10,9	2,1 [#]	11,1
Indlæggelser	1,2	2,1	1.700	1,3	2,0	1,0 [#]	1,8 [#]
Genindlæggelser	0,3	2,3	500	0,3	2,5	0,3	2,2

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med KOL er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,5 dage i 2015 og 7,4 dage i 2007 (Tabel 8.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,4 dage i 2015 og 4,6 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser

er den gennemsnitlige indlæggelsestid 17,9 dage i 2015 og 29,5 dage i 2007. Blandt borgere med KOL er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved planlagte somatiske indlæggelser i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 8.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med KOL

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,5	5,9	7,4
Planlagt somatisk indlæggelse	3,4	3,9	4,6
Psykiatrisk indlæggelse	17,9	15,8	29,5

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

8.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med KOL udgør i 2015 3.755 mio. kr., svarende til 54.200 kr. pr. person (Tabel 8.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.870 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 819 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 78 % (2.912

mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med KOL. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger KOL i den høje ende, hvad angår de samlede totale behandlingsudgifter, samt de totale behandlingsudgifter i praksissektoren og i den somatiske hospitalssektor. Derudover ligger KOL også højt med hensyn til medicinudgifter – både de gennemsnitlige og totale – i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 8.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med KOL i Region Hovedstaden

	Praksis- sektor (syge- sikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	270	2.186	197	216	2.870
Pr. person (kr.)	3.900	31.500	2.800	3.100	41.400
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	47	726	30	17	819
Pr. person (kr.)	700	10.500	400	200	11.800
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	317	2.912	227	299	3.755
Pr. person (kr.)	4.600	42.000	3.300	4.300	54.200

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

8.9 Litteratur

- (1) Sundhed.dk. Patienthåndbogen [citeret 2017 24-11]. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>.
- (2) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (3) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
- (5) Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, Kuenzli N, Perez-Padilla R, Postma D, et al. An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;182(5):693-718.
- (6) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (7) Smidth M, Sokolowski I, Kaersvang L, Vedsted P. Developing an algorithm to identify people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) using administrative data. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2012;12:38.



Kapitel 9

Astma



9 Astma

- Forekomsten af astma er steget fra 4,8 % i 2007 til 4,9 % i 2016. Der ses et fald både blandt de 25-34 årige og de 65-79 årige, men en stigning blandt de 35-64 årige. I 2015 var der 7.500 nye tilfælde af astma. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
- Hver fjerde borger med astma har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst langvarig depression
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred og søvnproblemer er lav blandt borgere med astma i forhold til andre kroniske sygdomme
- Forekomsten af rygning er 23 % og er uændret fra 2010 til 2017 blandt borgere med astma
- Andelen, som har kontakt til almen praksis eller den somatiske hospitalssektor, er lav blandt borgere med astma i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med astma er 1.996 mio. kr., svarende til 27.600 kr. pr. person i 2015

Astma er en form for kronisk betændelse i lungerne, men skyldes hverken bakterier eller virus (1). Den medfører, at luftvejene bliver overfølsomme, hyperaktive og trækker sig sammen ved ydre påvirkninger, som raske luftveje ikke ville reagere på (2). Astma kan opstå i alle aldre og hos de fleste er astma en kronisk sygdom, men der kan optræde symptom- og medicinfri perioder (3). Der skelnes mellem allergisk astma, hvor kroppen reagerer på allergener fra eks. husstøvmider, dyr eller pollen og ikke-allergisk astma, hvor kroppen reagerer på infektion, hormonelle forandringer eller andre ukendte faktorer (1). Opgjort via register lever cirka 110.000 danskere med forholdsvis alvorlig astma, mens det ved opgørelser via spørgeskema er cirka 340.000 (4, 5). Opgørelsesmetoden har således stor betydning for forekomsten. Forekomsten af astma i Danmark og andre vestlige lande har været stigende de seneste 30 år (6).

Årsagerne til astma er kun delvist klarlagt (2). En stor del af astmatilfældene skyldes allergi (3). Herudover spiller arvelige faktorer, arbejdsmiljø, rygning og udsættelse for passiv rygning (også i fostertilstand) en rolle (2, 7).

Borgere med astma har et højere forbrug af sundhedsydelser, sammenlignet med borgere uden astma. På landsplan koster astma årligt 520 mio. kroner i behandling og pleje samt 180 mio. kr. i tabt produktion (4).

Borgere med diagnosticeret astma anbefales at reducere astma-fremkaldende faktorer såsom tobaksrøg og husdyr og opfordres til fysisk aktivitet (2).

Forekomsten af astma afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med astma identificeret via Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen. Nogle af borgerne identificeres med astma udelukkende på baggrund af medicinudlevering. Da astmamedicin også kan anvendes til behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan det på baggrund af medicinudlevering være svært at skelne astma fra KOL. For at minimere misklassifikation anvender vi derfor indikationskoder i astma- og KOL-kriterierne. Se Tabel 9.1 for definitionen af astma i denne rapport.

Tabel 9.1 Definition af borgere med astma

Alle borgere, som IKKE opfylder kriterierne for KOL (Tabel 8.1), som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller som i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder og indikationskoder blandt nedenstående.

- ICD10-koder fra LPR:
 - J45, J46 (Astma herunder allergisk, ikke-allergisk, erhvervsbetinget, blandet type og uspecificeret samt akut svær astma)
- ATC-koder fra Lægemedeldatabasen:
 - R03 (Midler mod obstruktiv lungesygdom) men kun hvor recepterne har indikationskode 202 (mod astma) eller 203 (til forebyggelse af astma). Såfremt indikationskoden er 0 eller uoplyst for alle recepter med ATC-kode R03 i hele perioden (5 år) for den enkelte borger, inkluderes receptindløsninger med ovenstående ATC-koder i definitionen af astma alligevel.

OBS: Hvis den samme borger opfylder kriterierne for både KOL og astma defineres borgeren til at have KOL. Med definitionen er det ikke muligt samtidigt at have både KOL og astma.

LPR: Landspatientregisteret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulans forløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

9.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 4,9 % af borgerne i Region Hovedstaden astma, svarende til 72.500 personer (Tabel 9.2).

I løbet af 2015 har 0,6 % af borgerne, svarende til 7.500 personer, fået konstateret astma.

Køn: Forekomsten af astma og andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Der er ingen tydelig sammenhæng mellem forekomsten af astma og alder. Den største andel af borgere med astma ses blandt de 16-24 årige og den mindste blandt de 25-34-årige. Der er heller ingen tydelig sammenhæng mellem alder og andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af astma er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse og mindst blandt borgere med erhvervsfaglig eller lang videregående uddannelse. Den samme tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af astma er størst blandt førtidspensionister og langtidssyge og er mindst blandt borgere i beskæftigelse, borgere som er arbejdsløse og blandt pensionister. Tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen statistisk signifikant forskel i forekomsten af astma mellem enlige og samlevende. Derimod er andelen, som har fået konstateret astma i løbet af 2015, lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af astma er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt med borgere med anden vestlig baggrund. Andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015, er mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund og størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.































































Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af astma varierer fra 4,4 % på Bornholm til 5,0 % i planlægningsområderne Syd og Midt. Der er ingen forskelle i andelen af nye astmatilfælde i løbet af 2015 mellem de fire planlægningsområder og Bornholm.

Udvikling i forekomst af astma 2007-2016: Andelen af borgere med astma er steget fra 4,8 % i 2007 til 5,1 % i 2013 og er faldet til 4,9 % i 2016 (Tabel 9.2). Det vil sige, at der overordnet har været en stigning på 0,1 procentpoint fra 2007 til 2016. Den samme tendens ses for de forskellige sociodemografiske grupper og planlægningsområder. Fra 2007 til 2016 ses den største stigning i forekomsten af astma blandt de 35-64 årige, mens der ses et fald både blandt de 25-34 årige og de 65-79 årige. Derudover ses en stigning i forekomsten af astma i de fleste uddannelsesgrupper, størst blandt borgere med gymnasial eller lang videregående uddannelse, men omvendt et fald blandt borgere med grundskoleuddannelse. Forekomsten af astma stiger desuden blandt borgere i beskæftigelse og langtidssyge, mens den falder blandt førtidspensionister og pensionister. I samme periode ses en stigning blandt borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund, mens der ses et markant fald blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Fra 2007 til 2016 ses kun statistisk signifikante ændringer i forekomsten af astma i planlægningsområde Midt, hvor der ses en stigning og i planlægningsområde Syd, hvor der ses et lille fald i forekomsten.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af nye tilfælde af astma i løbet af det seneste år er faldet lidt fra 0,6 % i 2007 til 0,5 % i 2013 og er steget igen til 0,6 % i 2015. Andelen er således uændret fra 2007 til 2015 (Tabel 9.2). Fra 2007 til 2015 er andelen af nye tilfælde af astma uændret i de fleste sociodemografiske grupper. Der ses dog stigninger blandt de 55-64 årige og blandt borgere på 80 år eller derover, men et fald blandt de 25-34 årige. Der ses også stigninger blandt de med erhvervsfaglig eller kort og mellemlang videregående uddannelse. Derimod ses et fald blandt borgere med anden vestlig baggrund. Fra 2007 til 2015 er andelen af nye astmatilfælde uændret i planlægningsområderne og Bornholm bortset fra i planlægningsområde Nord, hvor der ses en stigning.

Tabel 9.2 Borgere med astma 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	4,9 	72.500	5,1 [#]	4,8 [#]	0,6 	7.500	0,5 [#]	0,6
Køn								
Mand	4,2 	30.100	4,4 [#]	4,2	0,5 	3.000	0,4 [#]	0,5
Kvinde	5,6 	42.400	5,8 [#]	5,5 [#]	0,7 	4.500	0,6 [#]	0,7
Alder								
16-24 år	5,6 	11.800	5,9 [#]	5,6	0,6 	1.200	0,5 [#]	0,6
25-34 år	4,4 	11.800	4,7 [#]	5,0 [#]	0,6 	1.500	0,5 [#]	0,7 [#]
35-44 år	4,8 	12.200	5,0 [#]	4,5 [#]	0,5 	1.300	0,4 [#]	0,6
45-54 år	5,1 	12.600	5,2	4,6 [#]	0,5 	1.200	0,4 [#]	0,5
55-64 år	5,2 	10.000	5,2	4,6 [#]	0,6 	900	0,4 [#]	0,5 [#]
65-79 år	4,7 	10.900	4,9 [#]	5,3 [#]	0,6 	1.000	0,5 [#]	0,6
80+ år	4,6 	3.200	4,7	4,7	0,7 	400	0,5 [#]	0,5 [#]
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	5,5 	11.200	5,8 [#]	5,5	0,6 	1.200	0,6	0,6
Grundskole	5,5 	13.200	5,8 [#]	5,6	0,7 	1.400	0,5 [#]	0,7
Gymnasial	5,1 	4.800	5,1	4,5 [#]	0,5 	400	0,4 [#]	0,6
Erhvervsfaglig	4,8 	17.000	4,9	4,6 [#]	0,6 	1.800	0,4 [#]	0,5 [#]
Kort og mellemlang videreg.	5,2 	14.100	5,2	4,7 [#]	0,6 	1.300	0,4 [#]	0,5
Lang videregående	4,8 	9.100	4,7	4,1 [#]	0,5 	800	0,4 [#]	0,5
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	4,7 	37.500	4,8	4,4 [#]	0,5 	3.700	0,4 [#]	0,5
Arbejdsløs	4,7 	1.100	4,9	4,7	0,5 	100	0,5	0,6
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	6,8 	4.600	7,2 [#]	6,4 [#]	0,8 	500	0,8	0,9
Førtidspensionist	7,7 	3.700	8,2 [#]	8,1 [#]	0,9 	400	0,7 [#]	0,9
Pensionist	4,7 	13.300	4,9 [#]	5,1 [#]	0,6 	1.400	0,5 [#]	0,6
Samlevsstatus (25+ årige)								
Enlig	4,9 	24.500	5,0 [#]	5,0 [#]	0,6 	2.700	0,5 [#]	0,6
Samlevende	4,8 	36.200	4,9 [#]	4,6 [#]	0,5 	3.500	0,4 [#]	0,5
Etnisk baggrund								
Danmark	5,2 	61.800	5,3 [#]	5,0 [#]	0,6 	6.000	0,5 [#]	0,6
Andre vestlige lande	2,9 	2.900	3,1 [#]	3,7 [#]	0,5 	400	0,4 [#]	0,6 [#]
Ikke-vestlige lande	4,5 	7.800	4,6 [#]	4,1 [#]	0,7 	1.000	0,5 [#]	0,6
Planlægningsområder								
Nord	4,9 	12.600	5,0 [#]	4,8	0,6 	1.300	0,4 [#]	0,5 [#]
Midt	5,0 	18.000	5,1 [#]	4,6 [#]	0,6 	1.800	0,4 [#]	0,6
Syd	5,0 	21.500	5,3 [#]	5,1 [#]	0,6 	2.300	0,5 [#]	0,6
Byen	4,9 	18.700	5,1 [#]	4,9	0,6 	2.000	0,5 [#]	0,6
Bornholm	4,4 	1.500	4,5	4,5	0,5 	200	0,4	0,5

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

9.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med astma i Region Hovedstaden har omkring hver fjerde samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 9.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med astma, er: Langvarig depression, diabetes, hjertesygdom, svær psykisk lidelse og kræft.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med astma er steget fra 23,8 % i 2007 til 26,2 % i 2013 og er uændret fra 2013 til 2016. Det vil sige, at der overordnet har været en stigning på 2,4 procentpoint fra 2007 til 2016. Stigningen gør sig gældende for langvarig depression, diabetes, svær psykisk lidelse og kræft, mens der er sket et lille fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med astma.

Tabel 9.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med astma

	2016		2013	2007
	%	Personer	%	%
Med komorbiditet**	26,2	19.000	26,2	23,8 [#]
Langvarig depression	7,1	5.200	7,9 [#]	6,5 [#]
Diabetes	6,4	4.600	6,1 [#]	4,9 [#]
Hjertesygdom	5,0	3.600	4,9	5,7 [#]
Svær psykisk lidelse	4,3	3.100	4,2	3,9 [#]
Kræft	3,5	2.500	3,2 [#]	2,7 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med astma. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 26,2 %

9.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med astma højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 9.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med et dårligt fysisk helbred, der er større blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 23 % af borgere med astma et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 17.000 personer, og 14 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 9.800 personer (Tabel 9.4). I regionen som helhed har 15 % af borgerne et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og 9 % har et dårligt fysisk helbred (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma lavt med hensyn til forekomst af mindre

godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred og søvnproblemer.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med astma ses et fald i andelen med dårligt fysisk helbred fra 17 % i 2010 til 14 % i 2017. Omvendt ses fra 2013 til 2017 stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred i andelen med højt stressniveau og i andelen med søvnproblemer (Tabel 9.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed fra 2010 til 2017 ingen ændring i andelen med dårligt fysisk helbred, mens der fra 2013 til 2017 ses stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og søvnproblemer (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 9.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med astma

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	23	17.000	21	25
Dårligt fysisk helbred	14	9.800	13	17 [#]
Dårligt mentalt helbred	17	12.100	13 [#]	15
Højt stressniveau	31	21.600	24 [#]	28
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	17	12.500	13 [#]	15

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med astma højere forekomster af lav fysisk aktivitet og svær overvægt sammenlignet med borgere i regionen som helhed, men en lavere forekomst af moderat overvægt (Tabel 9.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med svær overvægt større blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således er 19 % af borgere med astma svært overvægtige, svarende til 13.600 personer (Tabel 9.5), mens det gælder 13 % af borgere i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma også lavt med hensyn til forekomst af moderat overvægt, lav fysisk aktivitet og svage sociale relationer.

Udvikling 2010-2017: Blandt borgere med astma er andelen med et storforbrug af alkohol faldet fra 12 % i 2010 til 9 % i 2017 (Tabel 9.5). Derimod ses stigninger i andelen med et usundt kostmønster fra 11 % i 2010 til 14 % i 2017, i andelen med lav fysisk aktivitet fra 18 % i 2010 til 21 % i 2017 og i andelen med svær overvægt fra 16 % i 2010 til 19 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses der blandt borgere med astma desuden en stigning i andelen af rygere og i andelen med svage sociale relationer. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 9.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med astma

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	23	16.500	18 [#]	23
Storforbrug af alkohol	9	6.400	9	12 [#]
Usundt kostmønster	14	9.600	11 [#]	11 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	21 *	15.200	16 [#]	18 [#]
Moderat overvægt	29 *	20.500	31	31
Svær overvægt	19 *	13.600	17	16 [#]
Svage sociale relationer	22	15.300	19 [#]	20

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, større blandt borgere med astma, som ryger eller er moderat overvægtige, sammenlignet med borgere med tilsvarende uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) i regionen som helhed, men det er små forskelle (Tabel 9.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for andelen af rygere, som gerne vil holde op med at ryge. Hvor 77 % af rygere med astma ønsker at holde op med at ryge, svarende til 12.600 personer, gælder det 71 % blandt rygere i regionen som helhed (Tabel 9.6). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger motivationen for adfærdsændring højt blandt borgere med astma med en uhensigtsmæssig risikoprofil bortset fra storforbrug af alkohol.

Udvikling 2010-2017: Blandt borgere med astma med et storforbrug af alkohol, er andelen, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget, steget fra 27 % i 2010 til 38 % i 2017. Ligeledes ses en stigning blandt borgere med astma med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere fra 57 % i 2010 til 68 % i 2017. Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i ønske om adfærdsændringer (Tabel 9.6). Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 9.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med astma med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	77*	12.600	77	74
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	38	2.400	28	27#
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	68	6.400	57	57#
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	70	10.400	73	71
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	87*	17.700	83	87
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	96	13.000	95	93

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, den samme blandt borgere med astma med en uhensigtsmæssig risikoprofil og borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 9.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med astma med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er større blandt de med lav fysisk aktivitet, og blandt de, som er overvægtige sammenlignet med tilsvarende grupper i regionen som helhed (Tabel 9.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tilsvarende tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som har fået *information om hjælp* til adfærdsændring, lavt blandt borgere

med astma hvad angår rygning, storforbrug af alkohol og usundt kostmønster. Andelen blandt de med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ligger lavt blandt borgere med astma, hvad angår rygning, kost, lav fysisk aktivitet og overvægt, sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med astma, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring blandt rygere og overvægtige. Der ses desuden et fald i andelen af borgere med astma, som har *taget imod tilbud om hjælp* blandt overvægtige borgere (Tabel 9.7). Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen fra 2013 til 2017 i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 9.7 Borgere med astma med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	38	6.100	48 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	6	1.000	9
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	21	1.300	21
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	5	300	4
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	17	1.500	16
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	4	400	5
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	21	3.100	22
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	10*	1.500	9
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	23	7.600	27 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	11*	3.700	15 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Mange borgere med astma (93,8 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 46,9 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 9.8). Disse andele er generelt lave i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Borgere med astma med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 10,6 og 4,2 kontakter hertil i 2015. Borgere med astma har i gennemsnit få kontakter til almen praksis og mange kontakter til speciallægepraksis i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med astma er andelen med somatiske kontakter generelt lille i forhold til andelen blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Henholdsvis 24,6 % og 14,5 % af borgere med astma har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 42,4 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Herudover har 3-7 % af borgere med astma mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter, blandt borgere med astma med mindst én kontakt, ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har over 5 kontakter. Dette antal af planlagte ambulante besøg er dog i den lave ende sammenlignet med de fleste andre kroniske sygdomme.

En meget lille andel af borgere med astma har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 1,3 % og 3,2 % af borgere med astma mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,8 % og 0,2 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter, blandt

borgere med astma med mindst én kontakt, ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har næsten 13 kontakter. Dette antal psykiatriske ambulatoriebesøg er i den høje ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis faldet fra 94,8 % til 93,8 % blandt borgere med astma, hvilket er i modsætning til andre kroniske sygdomme, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 44,3 % til 46,9 % (Tabel 9.8). I samme periode er der sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter blandt disse borgere.

For somatiske kontakter ses stigninger i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, ét planlagt ambulante besøg eller én genindlæggelse, mens andelen med én forebyggelig indlæggelse er faldet. Den største stigning blandt borgere med astma ses for planlagte ambulante besøg, hvor andelen med mindst ét årligt ambulante besøg er steget fra 37,8 % i 2007 til 42,4 % i 2015. Blandt borgere med astma med somatiske kontakter er der desuden sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal ambulante kontakter.

For psykiatriske kontakter blandt borgere med astma ses fra 2007 til 2015 et fald fra 1,4 % til 1,3 % i andelen med mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue og en stigning fra 2,1 % til 3,2 % i andelen med mindst ét ambulatoriebesøg, mens der for disse kontakter ikke ses nogen ændringer i det gennemsnitlige antal kontakter. Der ses dog en stigning i det gennemsnitlige antal psykiatriske indlæggelser blandt borgere med astma.

Tabel 9.8 Borgere med astma med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	93,8	10,6	718.600	93,9	10,3 [#]	94,8 [#]	11,1 [#]
Speciallægepraksis	46,9	4,2	141.900	46,2 [#]	4,3 [#]	44,3 [#]	4,4 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	24,6	1,6	27.800	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	14,5	1,6	16.600	14,2	1,6	13,7 [#]	1,6
Planlagte ambulante besøg	42,4	5,5	169.600	40,8 [#]	5,3 [#]	37,8 [#]	5,2 [#]
Planlagte indlæggelser	5,8	1,4	5.800	5,3 [#]	1,4	5,7	1,4
Genindlæggelser	3,2	1,7	3.900	3,0 [#]	1,7	2,9 [#]	1,7
Forebyggelige indlæggelser**	7,3	1,2	1.300	7,0	1,2	8,1 [#]	1,2
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,3	2,1	2.000	1,3	2,4 [#]	1,4 [#]	2,1
Ambulatoriebesøg	3,2	12,9	29.500	2,6 [#]	12,7	2,1 [#]	13,2
Indlæggelser	0,8	2,1	1.300	0,9	2,2	0,8	1,7 [#]
Genindlæggelser	0,2	2,7	400	0,2	3,1	0,2	2,2

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med astma er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 3,7 dage i 2015 og 5,2 dage i 2007 (Tabel 9.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,0 dage i 2015 og 3,8 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 19,4 dage i 2015 og 30,1 dage i 2007.

Blandt borgere med astma er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 9.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med astma

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	3,7	3,9	5,2
Planlagt somatisk indlæggelse	3,0	3,1	3,8
Psykiatrisk indlæggelse	19,4	16,5	30,1

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

9.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med astma udgør i 2015 1.996 mio. kr., svarende til 27.600 kr. pr. person (Tabel 9.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 1.505 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 432 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 66 % (1.308 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for

borgere med astma. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger astma lavt med hensyn til de samlede gennemsnitlige behandlingsudgifter og gennemsnitlige behandlingsudgifter i praksissektoren, samt for behandlingsudgifter i den somatiske hospitalssektor – både gennemsnitlige og totale. I modsætning hertil ligger de totale psykiatriske behandlingsudgifter i den høje ende for borgere med astma.

Tabel 9.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med astma i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	211	961	218	114	1.505
Pr. person (kr.)	2.900	13.300	3.000	1.600	20.800
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	43	347	36	5	432
Pr. person (kr.)	600	4.800	500	100	6.000
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	255	1.308	254	179	1.996
Pr. person (kr.)	3.500	18.100	3.500	2.500	27.600

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

9.9 Litteratur

(1) Lungeforeningen. Få viden og rådgivning om lungerne. [citeret 2017 27-10]. <https://www.lunge.dk/lunger/sektion-faa-viden-og-raadgivning-om-lungerne>.

(2) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(3) Astma-Allergi Danmark. Astma [citeret 2017 27-10]. <http://astma.astma-allergi.dk/>.

(4) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme.

København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(5) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

(6) Linneberg AR. Incidence of allergic respiratory tract diseases in Denmark. *Ugeskr Laeger*. 2004;166(14):1305-7.

(7) Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ*. 2009;181(9):E181-90.



Kapitel 10

Kræft



10 Kræft

- Forekomsten af kræft er steget fra 2,6 % i 2007 til 3,3 % i 2016. Den største stigning ses blandt borgere over 65 år. I 2015 var der 9.700 nye tilfælde af hjertesygdom. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
- Halvdelen af borgere med kræft har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 30 %, dårligt fysisk helbred 24 % og dårligt mentalt helbred 12 % blandt borgere med kræft. Forekomsterne er lave sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme
- Forekomsten af lav fysisk aktivitet er steget fra 21 % i 2010 til 25 % i 2017 blandt borgere med kræft
- Andelen af borgere med kræft med mindst ét planlagt ambulant besøg (88 %) eller mindst én planlagt indlæggelse (16 %) er stor i forhold til andre kroniske sygdomme
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser er lang blandt borgere med kræft
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med kræft er 3.613 mio. kr., svarende til 75.700 kr. pr. person i 2015

Kræft er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme, som alle arter sig forskelligt. Fælles for kræftsygdommene er, at de starter med ændringer i gener, som medfører ukontrolleret cellevækst, indvækst i omgivende organer og spredning til andre organer (1). Hver tredje dansker får kræft (2). Jo ældre man er, jo højere er risikoen for at få kræft, og derfor forventes forekomsten af kræft at stige i takt med at befolkningen lever længere (1-3). Men selv når der tages højde for alder, er forekomsten af kræft stigende (2).

Der er sjældent én enkelt årsag til kræft, men nogle af de dokumenterede årsager er rygning, alkohol, manglende fysisk aktivitet, overvægt, UV-stråling fra solen, arbejdsmiljø og kemikalier, infektioner (f.eks. human papilloma virus - HPV) samt arvelige faktorer (2, 3).

Hvert år dør cirka 14-15.000 danskere af kræft, og kræft resulterer i cirka 13-15.000 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (3, 4).

Borgere med kræft har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden kræft. På landsplan koster kræft 2.032 mio. kr. i behandling, pleje og tabt produktion (4).

Fire ud af ti kræfttilfælde kan forebygges (3). Forebyggelse af kræft starter hos borgeren selv med en sund livsstil, heriblandt rygestop, sunde madvaner, fysisk aktivitet, lavt alkoholforbrug, normal vægt, solbeskyttelse og deltagelse i screenings- og vaccinationsprogrammer (3). Strukturelle tiltag som screening og vaccination, lovgivning om kræftfremkaldende stoffer, etablering og håndhævelse af rygregler, gode rammer for fysisk aktivitet og tilgængelighed af sund mad kan hjælpe til forebyggelse af kræft i kombination med individuelle tiltag (2, 3). Der er implementeret nationale pakkeforløb og handlingsplaner, som dækker udredning, diagnose, behandling og rehabilitering på kræftområdet (3).

Forekomsten af kræft afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med kræft identificeret via Landspatientregistret (LPR) og er i overensstemmelse med en algoritme, der er udviklet og valideret af Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet (5). Der skelnes ikke mellem de forskellige typer af kræft. Se Tabel 10.1 for definitionen af kræft i denne rapport.

Tabel 10.1 Definition af borgere med kræft

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose.

- ICD10-koder fra LPR:
 - C00-C43, C45-C97 (Kræft i forskellige dele af kroppen)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusiv åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

10.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 3,3 % af borgerne i Region Hovedstaden kræft, svarende til 49.100 personer (Tabel 10.2). I løbet af 2015 har 0,7 % af borgerne, svarende til 9.700 personer, fået konstateret kræft.

Køn: Forekomsten af kræft er højere blandt kvinder sammenlignet med mænd, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret kræft i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af kræft stiger med stigende alder fra 0,2 % blandt de 16-24 årige til 11,2 % blandt borgere, som er 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af kræft er højest blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse og mindst blandt borgere med gymnasial og lang videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, der har fået konstateret kræft i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af kræft er højest blandt pensionister, hvilket er i overensstemmelse med den høje forekomst af kræft i de ældste aldersgrupper. Herudover er andelen af borgere med kræft mere end dobbelt så stor blandt førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af kræft og andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2015, er lidt større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af kræft og andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2015, er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af kræft varierer fra 2,7 % i planlægningsområde Byen til 4,6 % på Bornholm. Samme tendens ses for andelen af nye kræfttilfælde i løbet af 2015, der varierer fra 0,5 % i planlægningsområde Byen til 1 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af kræft 2007-2016: Forekomsten af kræft er steget fra 2,6 % i 2007 til 3,2 i 2013 og til 3,3 % i 2016 blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 10.2). Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig gældende i størstedelen af de socio-demografiske grupper. De største stigninger ses i de to ældste aldersgrupper og foreneligt hermed også blandt pensionister. I alle planlægningsområder ses også en stigning i forekomsten af kræft, hvoraf den største stigning ses på Bornholm og den mindste ses i planlægningsområde Byen.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, som har fået kræft i løbet af det seneste år, er uændret fra 2007 til 2013 og fra 2013 til 2016 i regionen som helhed (Tabel 10.2). Det samme gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Der ses dog mindre stigninger eller fald i enkelte af de sociodemografiske grupper og planlægningsområder. Den største stigning ses blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse, mens det største fald ses blandt arbejdsløse borgere. I planlægningsområderne er andelen af nye tilfælde af kræft uændret på nær i planlægningsområde Nord, hvor der ses en stigning, og i planlægningsområde Byen, hvor der ses et fald.

Table 10.2 Borgere med kræft 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	3,3	49.100	3,2 [#]	2,6 [#]	0,7	9.700	0,7	0,7
Køn								
Mand	3,0	21.600	2,9 [#]	2,2 [#]	0,7	4.600	0,7	0,7
Kvinde	3,6	27.400	3,5 [#]	2,9 [#]	0,7	5.100	0,7	0,7
Alder								
16-24 år	0,2	400	0,2	0,2	0,0	100	0,0	0,0
25-34 år	0,5	1.200	0,5	0,4 [#]	0,1	200	0,1	0,1
35-44 år	1,0	2.500	1,0	0,8 [#]	0,2	400	0,2	0,2
45-54 år	2,3	5.600	2,1 [#]	1,9 [#]	0,5	1.100	0,5	0,5
55-64 år	4,7	9.100	4,7	4,0 [#]	1,1	2.000	1,1	1,1
65-79 år	9,9	22.600	9,4 [#]	7,5 [#]	2,1	4.300	2,1	2,2 [#]
80+ år	11,2	7.700	10,5 [#]	8,5 [#]	2,5	1.500	2,5	2,4
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,3	700	0,3	0,3	0,1	100	0,1	0,1
Grundskole	4,4	10.600	4,2 [#]	3,3 [#]	1,0	2.300	1,0	1,0
Gymnasial	2,2	2.000	2,0 [#]	1,3 [#]	0,4	400	0,4	0,4
Erhvervsfaglig	4,6	16.300	4,2 [#]	3,1 [#]	1,0	3.300	0,9	0,8 [#]
Kort og mellemlang videreg.	3,8	10.100	3,5 [#]	2,6 [#]	0,7	1.800	0,7	0,6 [#]
Lang videregående	2,8	5.400	2,7 [#]	2,1 [#]	0,5	1.000	0,5	0,5
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	1,9	15.200	1,9	1,4 [#]	0,4	3.100	0,4	0,4
Arbejdsløs	1,3	300	1,2	1,3	0,3	100	0,4	0,5 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,3	1.500	2,0 [#]	1,6 [#]	0,4	300	0,4	0,3 [#]
Førtidspensionist	4,4	2.100	4,5	4,2	0,9	500	0,9	1,0
Pensionist	10,3	28.800	9,5 [#]	7,5 [#]	2,2	5.600	2,1	2,2
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	4,0	20.100	3,8 [#]	3,2 [#]	0,9	4.100	0,9	0,9
Samlevende	3,8	28.700	3,6 [#]	2,7 [#]	0,8	5.500	0,7	0,7 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	3,8	44.900	3,5 [#]	2,8 [#]	0,8	8.900	0,8	0,7 [#]
Andre vestlige lande	2,1	2.100	2,2	2,2	0,5	400	0,5	0,6 [#]
Ikke-vestlige lande	1,2	2.100	1,2	0,8 [#]	0,2	400	0,2	0,2
Planlægningsområder								
Nord	4,3	11.000	4,0 [#]	2,7 [#]	0,9	2.100	0,8	0,7 [#]
Midt	3,9	14.000	3,6 [#]	3,0 [#]	0,8	2.800	0,8	0,8
Syd	2,9	12.300	2,8 [#]	2,3 [#]	0,6	2.500	0,6	0,6
Byen	2,7	10.100	2,6	2,3 [#]	0,5	2.000	0,5	0,6 [#]
Bornholm	4,6	1.600	3,8 [#]	2,8 [#]	1,0	300	1,1	0,9

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

10.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med kræft har knap halvdelen samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 10.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med kræft, er: KOL, hjertesygdom, diabetes, knogleskørhed og langvarig depression.

Forekomsten af én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med kræft er steget fra 44,0 % i 2007 til 47,3 % i 2013 og til 48,5 % i 2016. Stigningen fra 2007 til 2016 gør sig især gældende for knogleskørhed, hvor forekomsten blandt borgere med kræft er næsten fordoblet i denne periode samt for diabetes og KOL, hvorimod forekomsten af hjertesygdom er faldet lidt.

Tabel 10.3 Forekomst af de fem hyppigste samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med kræft

	2016		2013	2007
	%	Personer	%	%
Med komorbiditet**	48,5	23.800	47,3 [#]	44,0 [#]
KOL	13,0	6.400	11,8 [#]	9,9 [#]
Hjertesygdom	12,4	6.100	12,2	13,3 [#]
Diabetes	11,7	5.700	10,9 [#]	8,5 [#]
Knogleskørhed	9,2	4.500	7,9 [#]	4,9 [#]
Langvarig depression	8,4	4.100	8,9 [#]	8,1

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med kræft. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 48,5 %

10.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med kræft højere forekomster af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred og søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 10.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Således har 30 % af borgere med kræft et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 14.400 personer, og 24 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 10.500 personer (Tabel 10.4). Der er tale om omkring dobbelt så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I modsætning hertil er andelen med dårligt mentalt helbred mindre blandt borgere med kræft end blandt borgere i hele regionen. Således har 12 % af borgere med kræft et dårligt mentalt helbred, mens forekomsten er 14 % i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kræft lavt med hensyn til dårligt mentalt helbred, og har yderligere lave

forekomster af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, højt stressniveau og søvnproblemer.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med kræft ses fald i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 35 % i 2010 til 30 % i 2017 og i andelen med højt stressniveau fra 29 % i 2010 til 25 % i 2017 (Tabel 10.4). Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen med søvnproblemer. Til sammenligning ses der i regionen som helhed ingen ændring fra 2010 til 2017 i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, men en stigning i andelen med et højt stressniveau. Der ses desuden en stigning i forekomsten af søvnproblemer i regionen som helhed fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 10.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med kræft

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	30	14.400	32	35 [#]
Dårligt fysisk helbred	24	10.500	23	26
Dårligt mentalt helbred	12	5.300	13	12
Højt stressniveau	25	11.400	25	29 [#]
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	16	7.700	13 [#]	14

[#]Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet








[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med kræft lidt højere forekomster af storforbrug af alkohol, lav fysisk aktivitet samt moderat og svær overvægt, men en lavere forekomst af rygning sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 10.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Således har 11 % af borgere med kræft et storforbrug af alkohol, svarende til 4.900 personer (Tabel 10.5), mens det gælder 8 % blandt borgere i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Andelen af rygere blandt borgere med kræft er 17 % og er dermed markant lavere end i regionen som helhed, hvor andelen er 23 % (Tabel 10.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med kræft også lav forekomst af rygning og derudover en lav forekomst af usundt kostmønster samt svær overvægt. Omvendt ligger forekomsten af storforbrug af alkohol i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017: Blandt borgere med kræft er andelen med et storforbrug af alkohol faldet fra 14 % i 2010 til 11 % i 2017 (Tabel 10.5). Omvendt ses stigninger i andelen med et usundt kostmønster fra 11 % i 2010 til 13 % i 2017, og i andelen med lav fysisk aktivitet fra 21 % i 2010 til 25 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses yderligere en stigning i andelen med svær overvægt. Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 10.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kræft

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	17  *	8.200	18	18
Storforbrug af alkohol	11  *	4.900	11	14 [#]
Usundt kostmønster	13 	6.200	13	11 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	25  *	11.600	24	21 [#]
Moderat overvægt	34  *	16.400	37	35
Svær overvægt	16  *	7.700	13 [#]	14
Svage sociale relationer	23 	10.800	20	22

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med kræft med en uhensigtsmæssig risikoprofil, dvs. borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer, sammenlignet med borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 10.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for andelen af borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere. Hvor 47 % af borgere med kræft ønsker at spise sundere, svarende til 2.900 personer, gælder det 62 % af borgere med et usundt kostmønster i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med kræft lavt med hensyn til motivation for adfærdsændring, hvad angår usundt kostmønster og svær overvægt.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med kræft er der ingen statistisk signifikante ændringer i motivation for adfærdsændring fra 2010 til 2017. Fra 2013 til 2017 ses dog en stigning i andelen af borgere med kræft med usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere (Tabel 10.6). I regionen som helhed ses der fra 2013 til 2017 også en stigning i andelen af borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 10.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med kræft

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	64*	5.200	66	61
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	36	1.800	36	29
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	47*	2.900	34 [#]	43
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	61*	6.800	60	57
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	73*	11.900	73	71
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	89*	6.700	91	87

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, generelt den samme blandt borgere med kræft med en uhensigtsmæssig risikoprofil og borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 10.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Der er dog en større andel af borgere med kræft, som er rygere, som har *fået information om hjælp* til rygestop sammenlignet med rygere i hele regionen. Således har 49 % af borgere med kræft, som er rygere, *fået information om hjælp* til rygestop, mens det gælder 38 % blandt rygere i regionen som helhed. Andelen af borgere med kræft, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er større blandt borgere med lav fysisk aktivitet og blandt overvægtige borgere sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 10.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i Region Hovedstaden kan foretages ud fra tilsvarende tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, lavt blandt borgere med kræft, hvad angår usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet og overvægt. Med hensyn til andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring ligger borgere med kræft og uhensigtsmæssig risikoprofil hverken højt eller lavt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket en stigning i andelen af borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at være mere fysisk aktiv, blandt borgere med kræft og lav fysisk aktivitet (Tabel 10.7). Denne udvikling er modsat rettet udviklingen fra 2013 til 2017 i regionen som helhed, hvor der er sket et fald (Se tabel i kapitel 4). Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med kræft med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, eller som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring.

Tabel 10.7 Borgere med kræft med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	49*	3.900	56
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	9	800	12
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	22	1.000	19
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	7	300	5
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	17	1.000	21
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	6	300	7
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	20	2.200	20
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	12*	1.400	7*
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	22	5.200	26
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	13*	3.100	14

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

*Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Mange borgere med kræft (93,9 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 51,2 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 10.8). Borgere med kræft med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 12,2 og 3,7 kontakter hertil i 2015. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger andelen af borgere med kræft med kontakt til almen praksis i den lave ende, hvilket også gør sig gældende for det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis og speciallægepraksis.

Henholdsvis 22,5 % og 26,9 % af borgere med kræft har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015. Andelen med mindst ét planlagt ambulante besøg blandt borgere med kræft er hele 88,2 % og dermed markant større end andelen blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Ligeledes er andelen med mindst én planlagt indlæggelse også stor blandt borgere med kræft i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Omvendt ligger borgere med kræft lavt, hvad angår akut ambulante besøg og forebyggelige indlæggelser. Omtrent 10 % af borgere med kræft har mindst én forebyggelig indlæggelse eller genindlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med kræft med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har over 8 kontakter. Dette antal af planlagte ambulante besøg er i den høje ende sammenlignet med de fleste andre kroniske sygdomme.

En meget lille andel af borgere med kræft har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har 0,7 % og 1,6 % af borgere med

kræft mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,5 % og 0,1 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med kræft med mindst én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har cirka 8 kontakter.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med minimum én årlig kontakt til almen praksis steget fra 93,4 % til 93,9 % blandt borgere med kræft, mens andelen med minimum én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 47,8 % til 51,2 % (Tabel 10.8). I samme periode er der sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter blandt borgere med kontakt til speciallægepraksis.

For somatiske kontakter ses en stigning i andelen af borgere med mindst ét planlagt ambulante besøg, mens der ses et fald i andelen med mindst én genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse. Faldet i andelen af borgere med genindlæggelser ses ikke for andre af de udvalgte kroniske sygdomme. Blandt borgere med minimum ét planlagt ambulante besøg ses en lille stigning i det gennemsnitlige antal ambulante kontakter.

For psykiatriske kontakter ses et lille fald fra 0,7 % i 2007 til 0,5 % i 2015 i andelen med mindst én indlæggelse, mens der ikke ses nogen ændring i det gennemsnitlige antal kontakter. Deruden ses ingen ændringer i andelen eller antallet af skadestuebesøg, ambulatoriebesøg eller genindlæggelser på psykiatrisk afdeling.

Table 10.8 Borgere med kræft med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	93,9	12,2	548.700	93,7	11,9 [#]	93,4 [#]	12,2
Speciallægepraksis	51,2	3,7	89.500	50,6 [#]	3,7	47,8 [#]	3,8 [#]
Somatiske kontakter			.				
Akutte ambulante besøg*	22,5	1,5	16.600	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	26,9	2,1	26.400	26,6	2,0	27,3	2,1
Planlagte ambulante besøg	88,2	8,5	356.700	86,1 [#]	8,2 [#]	84,3 [#]	8,1 [#]
Planlagte indlæggelser	15,8	1,6	12.400	14,8 [#]	1,6	16,0	1,6
Genindlæggelser	10,2	2,0	9.900	10,1	2,0	10,7 [#]	2,0
Forebyggelige indlæggelser**	8,7	1,3	3.300	7,9 [#]	1,3	9,4 [#]	1,3
Psykiatriske kontakter			.				
Psykiatrisk skadestue	0,7	1,9	600	0,8	1,9	0,8	1,9
Ambulatoriebesøg	1,6	8,1	6.000	1,3 [#]	8,8	1,5	8,1
Indlæggelser	0,5	1,6	400	0,6 [#]	1,7	0,7 [#]	1,4
Genindlæggelser	0,1	1,9	100	0,1	2,1	0,1	1,6

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med kræft er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,6 dage i 2015 og 7,8 dage i 2007 (Tabel 10.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,8 dage i 2015 og 4,7 dage i 2007. For psykiatriske

indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 20,5 dage i 2015 og 34,0 dage i 2007. Blandt borgere med kræft er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 10.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med kræft

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,6	6,0	7,8
Planlagt somatisk indlæggelse	3,8	3,8	4,7
Psykiatrisk indlæggelse	20,5	20,4	34,0

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

10.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med kræft udgør i 2015 3.613 mio. kr., svarende til 75.700 kr. pr. person (Tabel 10.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.791 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 800 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ligger i den somatiske hospitalssektor, som udgør 91 % (3.288 mio.

kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med kræft. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger kræft også i den høje ende, hvad angår udgifter i den somatiske hospitalssektor, både totale og gennemsnitlige, og for de samlede udgifter pr. person. I modsætning hertil ligger kræft lavt, hvad angår medicinudgifter og udgifter i praksissektoren.

Tabel 10.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med kræft i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	162	2.529	52	48	2.791
Pr. person (kr.)	3.400	53.000	1.100	1.000	58.500
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	28	759	9	4	800
Pr. person (kr.)	600	15.900	200	100	16.800
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	190	3.288	61	74	3.613
Pr. person (kr.)	4.000	68.900	1.300	1.500	75.700

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin

10.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Patienthåndbogen [citeret 2017 24-11]. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>.

(2) Sundhedsstyrelsen. Kræft [citeret 2017 12-07]. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft>.

(3) Kræftens Bekæmpelse. Fakta om kræft. <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/>.

(4) Kruse M, Hostenkamp G. De samfundsøkonomiske omkostninger ved kræft. Syddansk Universitet: Center for Sundhedsøkonomisk Forskning - COHERE; 2016.

(5) Larsen MB, Jensen H, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. Identification of patients with incident cancers using administrative registry data. *Dan Med J*. 2014;61(2):A4777.



Kapitel 11

Inflammatorisk ledsygdom



11 Inflammatorisk ledsygdom

- Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er steget fra 2,2 % i 2007 til 2,4 % i 2016. Det største fald ses blandt de to ældste aldersgrupper. I 2015 var der 4.200 nye tilfælde af inflammatorisk ledsygdom. Andelen er uændret siden 2007
- Over halvdelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom har én eller flere samtidige kroniske sygdomme, hyppigst diabetes
- Forekomsten af dårligt mentalt helbred er 14 %, højt stressniveau 29 % og søvnproblemer 18 % blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, hvilket er lavt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme
- Forekomsten af storforbrug af alkohol blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er faldet fra 18 % i 2010 til 13 % i 2017, men forekomsten er stadig høj i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme
- 72 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom har mindst ét planlagt ambulante besøg i 2015, hvoraf hver person i gennemsnit har 9 ambulante besøg
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med inflammatorisk ledsygdom er 2.016 mio. kr., svarende til 58.400 kr. pr. person i 2015

Inflammatorisk ledsygdom er i denne rapport en fællesbetegnelse for en række sygdomme eksempelvis leddegigt, psoriasisgigt og urinsyregigt. Sygdommene er alle kendetegnet ved at være en betændelsestilstand i kroppens led (1). Det anslås, at cirka 50.000 danskere har leddegigt, over 25.000 har psoriasisgigt og over 60.000 har urinsyregigt (2).

Man kender ikke alle årsager til inflammatorisk ledsygdom. Fælles for ledsygdommene er, at arvelighed og livsstil spiller en rolle, men flere af risikofaktorerne varierer i forhold til hvilken ledsygdom, der er tale om (2). Genetiske faktorer har betydning for udvikling af leddegigt og psoriasisgigt, ligesom rygning øger risikoen for sygdom. Risikofaktorer for urinsyregigt er indtag af fedtholdigt kød, sodavand og alkohol samt overvægt (1, 2). Forebyggelse af inflammatorisk ledsygdom inkluderer derfor rygestop, sund kost, motion og et lavt alkoholforbrug (3).

Den samme inflammatoriske ledsygdom kan have vidt forskellige konsekvenser for forskellige personer. Borgere med mildere former som eksempelvis psoriasisgigt eller urinsyregigt kan være lige så påvirkede i deres dagligdag, som borgere med

leddegigt. For nogle borgere har det ganske få konsekvenser for deres hverdag, mens andre må forlade arbejdsmarkedet (2). Således er 20-30 % af borgere med leddegigt uarbejdsdygtige inden for 3 år efter diagnosen er stillet (1). Da inflammatorisk ledsygdom ofte ledsages af smerter og nedsat bevægelighed, kan det have indflydelse på borgernes livskvalitet og generelle helbred (4). Leddegigt er forbundet med en øget dødelighed på grund af en øget risiko for hjertekarsygdom, infektioner og andre sygdomme. Levetiden er således reduceret med 5-10 år i forhold til borgere uden leddegigt (1).

Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med inflammatorisk ledsygdom identificeret via Landspatientregistret (LPR) og Lægemedeldatabasen. I identifikationen anvendes oplysninger om udlevering af medicin, som anvendes specifikt ved de forskellige ledsygdomme. Der vil være flere borgere med ledsygdomme, som ikke identificeres, fordi de behandles med andre typer af medicin, der ikke er specifikt rettet mod ledsygdomme. Se Tabel 11.1 for en definitionen af inflammatorisk ledsygdom i denne rapport.

Tabel 11.1 Definition af borgere med inflammatorisk ledsygdom

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose **og/eller** som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

- ICD10-koder fra LPR:
 - M05-M14 (Inflammatoriske gigtssygdomme, som involverer flere led)
 - M45 (Bechterews sygdom)
- ATC-koder fra Lægemedeldatabasen:
 - M01C, L04AA13, A07EC01 (Specifikke antiinflammatoriske og antirheumatiske midler)
 - P01BA01, P01BA02, (Aminochinoliner)
 - M04AA01, M04AA03, M04AB01 (Midler mod urinsyregigt)
 - L01BA01 med indikationskode 147, 402, 641 (Methotrexat mod inflammatoriske og reumatiske sygdomme)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulante forløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

11.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 2,4 % af borgerne i Region Hovedstaden inflammatorisk ledsygdom, svarende til 35.400 personer (Tabel 11.2). I løbet af 2015 har 0,3 % af borgerne, svarende til 4.200 personer, fået konstateret inflammatorisk ledsygdom.

Køn: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er højere blandt mænd sammenlignet med kvinder, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom stiger med stigende alder fra 0,4 % blandt de 16-24 årige til 7 % blandt borgere på 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom varierer således fra 3,6 % blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse til 1,5 % blandt borgere med lang videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er højest blandt pensionister, hvilket er i overensstemmelse med den høje forekomst blandt de ældste aldersgrupper, og lavest blandt arbejdsløse borgere og borgere i beskæftigelse. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er lidt højere blandt enlige end blandt samlevende. Der er ikke forskel på andelen, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er cirka dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund i forhold til borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund. Andelen, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015, er ligeledes størst blandt borgere med dansk baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom varierer fra 1,9 % i planlægningsområde Byen til 4,3 % på Bornholm. Samme tendens ses for andelen af nye tilfælde af inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015, der varierer fra 0,2 % i Byen til 0,4 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af inflammatorisk ledsygdom

2007-2016: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er steget fra 2,2 % i 2007 til 2,3 % i 2013 og til 2,4 % i 2016 i regionen som helhed (Tabel 11.2). Stigningen gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper fra 2007 til 2016. De største stigninger ses i de to ældste aldersgrupper og foreneligt hermed også blandt pensionister. Omvendt ses et fald blandt førtidspensionister og borgere med anden vestlig baggrund. I samme periode er forekomsten af inflammatorisk ledsygdom steget i næsten alle planlægningsområder, hvoraf den største stigning ses på Bornholm, mens der ses et lille fald i planlægningsområde Byen.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015:

Andelen af borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af det seneste år, er uændret i regionen som helhed både fra 2007 til 2013 og fra 2013 til 2015 (Tabel 11.2). Det samme gør sig gældende inden for de fleste sociodemografiske grupper og planlægningsområder. Dog ses en lille stigning blandt borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse og et lille fald i planlægningsområde Byen.

Table 11.2 Borgere med inflammatorisk ledsygdom 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens			Incidens				
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	2,4 ■	35.400	2,3 [#]	2,2 [#]	0,3 ■	4.200	0,3	0,3
Køn								
Mand	2,7 ■	19.400	2,6 [#]	2,4 [#]	0,3 ■	2.200	0,3	0,3
Kvinde	2,1 ■	16.000	2,1	2,0 [#]	0,3 ■	2.000	0,2 [#]	0,3
Alder								
16-24 år	0,4	900	0,4	0,4	0,1	200	0,1	0,1
25-34 år	0,7	1.700	0,6	0,6 [#]	0,1	300	0,1	0,1
35-44 år	1,1	2.900	1,0 [#]	1,0 [#]	0,2	500	0,2	0,2
45-54 år	2,0 ■	4.900	2,0	2,1 [#]	0,3 ■	700	0,3	0,3
55-64 år	3,5 ■	6.900	3,6	3,6	0,4 ■	800	0,4	0,4
65-79 år	5,8 ■	13.300	5,5 [#]	5,1 [#]	0,6 ■	1.300	0,6	0,6
80+ år	7,0 ■	4.800	6,6 [#]	5,9 [#]	0,7 ■	500	0,8	0,7
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,5	1.100	0,5	0,5	0,1	200	0,1	0,1
Grundskole	3,6 ■	8.500	3,4 [#]	3,0 [#]	0,4 ■	1.000	0,4	0,4
Gymnasial	1,6 ■	1.500	1,4 [#]	1,2 [#]	0,2	200	0,2	0,2
Erhvervsfaglig	3,6 ■	12.600	3,3 [#]	2,8 [#]	0,4 ■	1.400	0,4	0,4
Kort og mellemlang videreg.	2,2 ■	6.000	2,1 [#]	1,9 [#]	0,3 ■	700	0,3	0,2 [#]
Lang videregående	1,5 ■	2.900	1,5	1,5	0,2	300	0,2	0,2
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	1,5 ■	12.200	1,5	1,4 [#]	0,2	1.700	0,2	0,2
Arbejdsløs	1,3 ■	300	1,3	1,4	0,2	100	0,2	0,2
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,7 ■	1.800	2,4 [#]	2,1 [#]	0,3 ■	200	0,3	0,3
Førtidspensionist	5,1 ■	2.400	5,3 [#]	5,5 [#]	0,5 ■	200	0,4	0,5
Pensionist	6,2 ■	17.200	5,8 [#]	5,1 [#]	0,7 ■	1.700	0,6	0,6
Samlevsstatus (25+ årige)								
Enlig	2,8 ■	14.300	2,8	2,7 [#]	0,3 ■	1.600	0,3	0,3
Samlevende	2,7 ■	20.200	2,6 [#]	2,3 [#]	0,3 ■	2.400	0,3	0,3
Etnisk baggrund								
Danmark	2,7 ■	31.700	2,5 [#]	2,3 [#]	0,3 ■	3.600	0,3	0,3
Andre vestlige lande	1,3 ■	1.300	1,4 [#]	1,6 [#]	0,2	200	0,2	0,2
Ikke-vestlige lande	1,4 ■	2.400	1,3 [#]	1,1 [#]	0,2	400	0,2	0,2
Planlægningsområder								
Nord	2,6 ■	6.700	2,4 [#]	2,1 [#]	0,3 ■	800	0,3	0,3
Midt	2,7 ■	9.800	2,6 [#]	2,4 [#]	0,3 ■	1.200	0,3	0,3
Syd	2,4 ■	10.300	2,3 [#]	2,2 [#]	0,3 ■	1.300	0,3	0,3
Byen	1,9 ■	7.100	1,9	2,0 [#]	0,2	800	0,2	0,3 [#]
Bornholm	4,3 ■	1.500	4,0 [#]	3,4 [#]	0,4 ■	100	0,5	0,4

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

11.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom har over halvdelen samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 11.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med inflammatorisk ledsygdom, er: Diabetes, hjertesygdom, KOL, knogleskørhed og langvarig depression.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, er steget fra 2007 til

2013, men er uændret fra 2013 til 2016, hvor forekomsten er 55,1 %. Overordnet ses derfor en stigning i forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom fra 50,1 % i 2007 til 55,1 % i 2016. Stigningen gør sig især gældende for diabetes, KOL og knogleskørhed, mens der omvendt ses et lille fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom.

Tabel 11.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	55,1	19.500	54,8	50,1 [#]
Diabetes	18,5	6.500	18,0 [#]	14,1 [#]
Hjertesygdom	17,1	6.100	17,9 [#]	18,5 [#]
KOL	13,2	4.700	11,8 [#]	9,4 [#]
Knogleskørhed	9,8	3.500	9,5	6,8 [#]
Langvarig depression	8,0	2.800	8,7 [#]	7,6 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 55,1 %

11.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med inflammatorisk ledsygdom generelt højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 11.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Således har 39 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 14.000 personer, og 33 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 11.100 personer (Tabel 11.4). Der er tale om mere end to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger

borgere med inflammatorisk ledsygdom lavt med hensyn til dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og søvnproblemer.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom ses ingen statistisk signifikante ændringer i fysisk og mental sundhed fra 2010 til 2017 (Tabel 11.4). Fra 2013 til 2017 ses dog et fald i andelen med dårligt fysisk helbred. Til sammenligning ses der i regionen som helhed ingen ændring fra 2013 til 2017 i andelen med dårligt fysisk helbred (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 11.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	39	14.000	43	43
Dårligt fysisk helbred	33	11.100	38 [#]	36
Dårligt mentalt helbred	14	4.700	17	12
Højt stressniveau	29	10.000	29	28
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	18	6.400	16	17

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer








I 2017 har borgere med inflammatorisk ledsygdom højere forekomster af storforbrug af alkohol, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet, svær overvægt og svage sociale relationer sammenlignet med borgere i regionen som helhed, men en lavere forekomst af rygning (Tabel 11.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med svær overvægt større blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med regionen som helhed. Således er 29 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom svært overvægtige, svarende til 10.000 personer (Tabel 11.5), mens det gælder 13 % i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Andelen af rygere blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er 18 % og er dermed markant mindre end i regionen som helhed, hvor andelen er

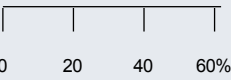
23 % (Tabel 11.5). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med inflammatorisk ledsygdom højt med hensyn til forekomst af storforbrug af alkohol og svær overvægt, men lavt med hensyn til forekomst af rygning.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er andelen med et storforbrug af alkohol faldet fra 18 % i 2010 til 13 % i 2017 (Tabel 11.5). Omvendt er andelen med et usundt kostmønster steget fra 13 % i 2010 til 17 % i 2017, og andelen med svær overvægt er steget fra 24 % i 2010 til 29 % i 2017. Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen blandt borgere i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Table 11.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	18  *	6.400	20	21
Storforbrug af alkohol	13  *	4.300	15	18 [#]
Usundt kostmønster	17  *	5.700	17	13 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	30  *	10.400	31	26
Moderat overvægt	34  *	11.900	38	38
Svær overvægt	29  *	10.000	23 [#]	24 [#]
Svage sociale relationer	26  *	9.000	24	23



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil, dvs. borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer, sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 11.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). For storforbrug af alkohol er der dog ingen statistisk signifikant forskel. Den største forskel ses for lav fysisk aktivitet. Hvor 61 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom og lav fysisk aktivitet ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 6.100 personer, gælder det 72 % af borgere med lav fysisk aktivitet i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger

borgere med inflammatorisk ledsygdom i den lave ende med hensyn til motivation for rygestop og for at tabe sig.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har et storforbrug af alkohol, er andelen, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, steget fra 29 % i 2010 til 40 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses der yderligere en stigning i andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere (Tabel 11.6). Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer. Ovenstående ændringer er i overensstemmelse med udviklingen blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 11.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	61*	3.800	62	67
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	40	1.700	33	29#
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	55*	3.100	41#	44
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	61*	6.100	54	61
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	76*	9.000	73	72
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	89*	8.800	92	93

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, generelt den samme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil og borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Der er dog en større andel blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og overvægt, der har *fået information om hjælp* til adfærdsændring end i regionen som helhed. Andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er større blandt borgere med lav fysisk aktivitet og blandt overvægtige borgere sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 11.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tilsvarende tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, ikke væsentligt anderledes

blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom. Andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er lille blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og en uhensigtsmæssig risikoprofil, hvad angår rygning og storforbrug af alkohol sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af overvægtige borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktive, fra 31 % i 2013 til 26 % i 2017 (Tabel 11.7). Faldet er i overensstemmelse med et tilsvarende fald i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er steget blandt borgere med lav fysisk aktivitet fra 9 % i 2013 til 16 % i 2017 (Tabel 11.7). Omvendt ses der i regionen som helhed et fald i andelen af borgere med lav fysisk aktivitet, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at være mere fysisk aktive (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 11.7 Borgere med inflammatorisk ledsygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	42	2.600	46
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	7	400	8
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	25	1.100	29
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	4	200	9
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	19	1.100	26
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	7	400	8
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	21	2.000	22
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	16*	1.600	9#
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	26*	5.400	31#
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	13*	2.800	16

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med inflammatorisk ledsygdom (95,3 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 52,1 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 11.8). Borgere med inflammatorisk ledsygdom med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 13,4 og 3,9 kontakter hertil i 2015. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis er lavt blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Henholdsvis 24,7 % og 23,9 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom har mindst ét akut ambulans besøg eller én akut indlæggelse i 2015. Andelen med mindst ét planlagt ambulans besøg blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er 71,7 % og er stor i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Ligeledes er andelen med mindst én planlagt indlæggelse stor blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Herudover har 7-9 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom mindst én genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter, blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom med mindst én kontakt, ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har næsten 9 kontakter. Dette er i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

En meget lille andel af borgere med inflammatorisk ledsygdom har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 0,7 % og 1,7 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,5 % og 0,1 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige

antal psykiatriske kontakter, blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom med mindst én kontakt, ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 9 kontakter.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med minimum én årlig kontakt til almen praksis uændret blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, mens andelen med minimum én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 50,3 % til 52,1 % (Tabel 11.8). I samme periode er der sket en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis, mens der er sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge.

For somatiske kontakter ses også en stigning i andelen af borgere med minimum én årlig akut indlæggelse, ét planlagt ambulans besøg og én genindlæggelse. Blandt disse borgere ses desuden en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter. Den største stigning i andelen med somatisk kontakt blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom ses for planlagte ambulante besøg, hvor andelen med mindst ét årligt ambulans besøg er steget fra 62,8 % i 2007 til 71,7 % i 2015. Denne stigning blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er stor i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

For psykiatriske kontakter ses en lille stigning fra 1,2 % i 2007 til 1,7 % i 2015 i andelen med minimum ét ambulatoriebesøg, mens der ikke ses nogen ændring i det gennemsnitlige antal kontakter. Der ses heller ingen ændring i andelen eller det gennemsnitlige antal indlæggelser eller genindlæggelser på psykiatrisk afdeling.

Tabel 11.8 Borgere med inflammatorisk ledsygdom med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	95,3	13,4	440.000	95,3	13,2 [#]	95,2	13,0 [#]
Speciallægepraksis	52,1	3,9	70.800	51,9	4,0 [#]	50,3 [#]	4,3 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	24,7	1,6	13.600	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	23,9	1,9	15.700	23,2 [#]	1,9	21,4 [#]	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	71,7	8,9	219.300	68,9 [#]	8,6 [#]	62,8 [#]	8,5 [#]
Planlagte indlæggelser	10,5	1,5	5.400	10,1	1,5	10,6	1,4
Genindlæggelser	7,3	1,9	4.900	7,0	1,9	6,1 [#]	1,8 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	9,1	1,3	2.100	8,2 [#]	1,3	9,2	1,3
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	0,7	2,0	500	0,7	1,8	0,7	1,9
Ambulatoriebesøg	1,7	9,7	5.700	1,4 [#]	8,5 [#]	1,2 [#]	8,8
Indlæggelser	0,5	1,8	300	0,6	1,7	0,5	1,6
Genindlæggelser	0,1	2,0	100	0,1	2,3	0,1	1,8

Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med inflammatorisk ledsygdom er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,6 dage i 2015 og 8,2 dage i 2007 (Tabel 11.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,6 dage i 2015 og 5,1 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige

indlæggelsestid 16,0 dage i 2015 og 24,5 dage i 2007. Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved akutte somatiske indlæggelser i den høje ende, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid ved psykiatriske indlæggelser er i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 11.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med inflammatorisk ledsygdom

	2015	2013	2007
	Dage	Dage	Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,6	6,0	8,2
Planlagt somatisk indlæggelse	3,6	3,8	5,1
Psykiatrisk indlæggelse	16,0	19,0	24,5

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

11.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med inflammatorisk ledsygdom udgør 2.016 mio. kr., svarende til 58.400 kr. pr. person i 2015 (Tabel 11.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 1.555 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 438 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør

cirka 85 % (1.723 mio. kr.) af de samlede behandlingsudgifter for borgere med inflammatorisk ledsygdom. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger inflammatorisk ledsygdom i den lave ende, hvad angår de totale behandlingsudgifter i praksissektoren samt de psykiatriske behandlingsudgifter – både de gennemsnitlige og totale.

Tabel 11.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	142	1.318	39	56	1.555
Pr. person (kr.)	4.100	38.200	1.100	1.600	45.100
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	21	405	7	4	438
Pr. person (kr.)	600	11.700	200	100	12.700
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	163	1.723	46	84	2.016
Pr. person (kr.)	4.700	49.900	1.300	2.400	58.400

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin.

11.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Gigtforeningen. Nøgletal for gigtsygdomme. Gentofte, Danmark: Gigtforeningen; 2017.

(3) Gigtforeningen. Gigtdiagnoser – få viden om gigtsygdomme <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/>.

(4) Sundhed.dk. Patienthåndbogen [citeret 2017 24-11]. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>.



Kapitel 12

Knogleskørhed



12 Knogleskørhed

- Forekomsten af knogleskørhed er steget fra 1,7 % i 2007 til 2,7 % i 2016. Den største stigning ses blandt borgere over 65 år. I 2015 var der 4.500 nye tilfælde af knogleskørhed. Andelen af nye tilfælde er uændret siden 2007
- Næsten 60 % af borgere med knogleskørhed har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL
- Forekomsten af rygning er faldet fra 21 % i 2010 til 16 % 2017 blandt borgere med knogleskørhed
- Andelen af borgere med knogleskørhed med kontakt til speciallægepraksis er stor i forhold til andre kroniske sygdomme
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser samt ved psykiatriske indlæggelser er lang blandt borgere med knogleskørhed
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med knogleskørhed er 1.926 mio. kr., svarende til 49.500 kr. pr. person i 2015

Knogleskørhed er en knoglesygdom, hvor knoglemassen er nedsat og knoglernes struktur forringet således, at knoglerne bliver "porøse", og risikoen for brud forøges (1, 2). Der er ingen synlige ydre symptomer, og sygdommen opdages oftest først ved knoglebrud, ofte hofte- eller underarmsbrud, der opstår ved mindre uheld eller lette fald (2). Det er vanskeligt at opgøre forekomsten af knogleskørhed, da en stor andel er udiagnosticeret. Ifølge data fra den Nationale Sundhedsprofil 2010 skønnes det, at ca. 130.000 danskerne har knogleskørhed, mens et lige så stort antal er udiagnosticerede (2).

Forekomsten af knogleskørhed stiger med stigende alder, og kvinder rammes langt hyppigere end mænd (1). Køn og alder er vigtige risikofaktorer for knogleskørhed. Derudover er arvelighed, tidlig menopause, lav vægt, lavt indtag af kalk og D-vitamin, lavt fysisk aktivitetsniveau, rygning og stort forbrug af alkohol også forbundet med øget risiko for knogleskørhed (1, 3).

Knogleskørhed anføres sjældent som en årsag til dødsfald, og derfor kan tab af leveår blandt danske mænd og kvinder ikke opgøres. Ældre, som dør af komplikationer fra hoftebrud pga. knogleskørhed, vil eksempelvis blive registeret med bruddet som dødsårsag (2). Borgere med knogleskørhed har et højere forbrug af sundhedsydelse sammenlignet med borgere uden knogleskørhed. På landsplan koster knogleskørhed 120 mio. kr. i behandling og pleje samt 140 mio. kr. i tabt produktion(2).

Forebyggelse af knogleskørhed omhandler i høj grad forebyggelse af knoglebrud. Sund livsstil i form af sund kost rig på calcium og D-vitamin, fysisk aktivitet og styrketræning samt begrænsede mængder alkohol og tobak bidrager til sunde knogler (1, 3).

Forekomsten af knogleskørhed afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med knogleskørhed identificeret via Landspatientregistret (LPR) og Lægemedel-databasen. Se Tabel 12.1 for definitionen af knogleskørhed i denne rapport.

Tabel 12.1 Definition af borgere med knogleskørhed

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

- ICD10-koder fra LPR:
 - M80-M82 (Knogleskørhed med/uden sygdomsrelateret fraktur samt knogleskørhed ved sygdom andetsteds)
- ATC-koder fra lægemiddeldatabasen:
 - M05B, G03XC01, H05AA02, H05AA03 (midler med virkning på knoglestruktur og mineralisering, raloxifen, teriparatid, parathyroiddeahormon)

LPR: Landspatientregistret. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusiv åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

12.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 2,7 % af borgerne i Region Hovedstaden knogleskørhed, svarende til 40.100 personer (Tabel 12.2). I løbet af 2015 har 0,3 % af borgerne, svarende til 4.500 personer, fået konstateret knogleskørhed.

Køn: Forekomsten af knogleskørhed og andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015, er fem gange større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Forekomsten af knogleskørhed stiger med stigende alder. Mens forekomsten af knogleskørhed er 0,1 % eller mindre i de to yngste aldersgrupper er forekomsten 17 % blandt borgere på 80 år eller derover. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af knogleskørhed falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Således er forekomsten af knogleskørhed tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af knogleskørhed er størst blandt pensionister, hvilket er i overensstemmelse med den høje forekomst af knogleskørhed blandt de ældste aldersgrupper. Forekomsten er mindst blandt arbejdsløse og borgere i beskæftigelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af knogleskørhed og andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015, er næsten dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af knogleskørhed og andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af

2015, er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af knogleskørhed varierer fra 2,1 % i planlægningsområde Byen til 3,9 % på Bornholm. Samme tendens ses for andelen af nye tilfælde af knogleskørhed i løbet af 2015, der varierer fra 0,2 % i Byen til 0,6 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af knogleskørhed 2007-2016: Forekomsten af knogleskørhed er steget fra 1,7 % i 2007 til 2,6 % i 2013 og til 2,7 % i 2016 blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 12.2). Denne stigning gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper, især i de ældste aldersgrupper. Der ses således også en stigning i alle erhvervstilknytningsgrupper, bortset fra arbejdsløse, hvor der ses et fald.

Fra 2007 til 2016 er der sket en stigning i forekomsten af knogleskørhed i alle planlægningsområder og på Bornholm. Den største stigning ses i planlægningsområde Nord og på Bornholm og den mindste stigning i planlægningsområde Byen.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af det seneste år, er uændret fra 2007 til 2013 og fra 2013 til 2015 i regionen som helhed (Tabel 12.2). Det samme gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper, dog ses et fald i andelen af nye tilfælde i den ældste aldersgruppe og blandt borgere fra andre vestlige lande.

I samme periode er andelen af nye tilfælde af knogleskørhed i løbet af det seneste år steget i planlægningsområde Nord og er faldet i planlægningsområde Byen, men er uændret i de øvrige planlægningsområder.

Tabel 12.2 Borgere med knogleskørhed 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	2,7 ■	40.100	2,6 [#]	1,7 [#]	0,3 ■	4.500	0,3	0,3
Køn								
Mand	0,9 ■	6.300	0,8 [#]	0,4 [#]	0,1 ■	1.000	0,2	0,1
Kvinde	4,5 ■	33.800	4,3 [#]	3,0 [#]	0,5 ■	3.500	0,5	0,5
Alder								
16-24 år	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
25-34 år	0,1	200	0,1	0,1	0,0	100	0,0	0,0
35-44 år	0,2	600	0,2	0,1 [#]	0,0	100	0,0	0,0
45-54 år	0,7	1.700	0,7	0,7	0,2	400	0,2	0,2
55-64 år	3,3 ■	6.400	3,4	2,3 [#]	0,5 ■	900	0,5	0,5
65-79 år	8,4 ■	19.400	7,8 [#]	5,5 [#]	1,0 ■	2.100	1,1	1,0
80+ år	17,0 ■	11.700	16,1 [#]	10,4 [#]	1,7 ■	1.000	1,8	1,9 [#]
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	0,1	100	0,1	0,1	0,0	0	0,0	0,0
Grundskole	4,2 ■	10.100	3,9 [#]	2,6 [#]	0,5 ■	1.200	0,5	0,5
Gymnasial	1,1	1.100	1,0 [#]	0,6 [#]	0,1	100	0,1	0,1
Erhvervsfaglig	3,4 ■	12.200	3,0 [#]	1,8 [#]	0,4 ■	1.500	0,4	0,4
Kort og mellemlang videreg.	2,8 ■	7.600	2,6 [#]	1,6 [#]	0,3 ■	900	0,3	0,3
Lang videregående	1,4	2.600	1,3 [#]	0,8 [#]	0,2	300	0,2	0,2
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	0,8	6.200	0,8	0,5 [#]	0,1	1.000	0,1	0,1
Arbejdsløs	0,6	100	0,6	0,7 [#]	0,1	0	0,1	0,2
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	1,3	900	1,1 [#]	0,7 [#]	0,2	100	0,2	0,2
Førtidspensionist	4,5 ■	2.100	4,2 [#]	2,9 [#]	0,6 ■	300	0,6	0,6
Pensionist	10,8 ■	30.300	9,9 [#]	6,6 [#]	1,2 ■	2.900	1,2	1,2
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	4,5 ■	22.400	4,3 [#]	3,0 [#]	0,5 ■	2.300	0,5	0,5
Samlevende	2,3 ■	17.500	2,1 [#]	1,3 [#]	0,3 ■	2.200	0,3	0,3
Etnisk baggrund								
Danmark	3,1 ■	36.900	2,9 [#]	1,9 [#]	0,4 ■	4.200	0,4	0,4
Andre vestlige lande	1,7 ■	1.700	1,9 [#]	1,6	0,2	200	0,2	0,3 [#]
Ikke-vestlige lande	0,9	1.500	0,8	0,5 [#]	0,1	200	0,1	0,1
Planlægningsområder								
Nord	3,0 ■	7.700	2,5 [#]	1,3 [#]	0,4 ■	1.000	0,4	0,3 [#]
Midt	3,4 ■	12.400	3,2 [#]	2,0 [#]	0,4 ■	1.300	0,4	0,4
Syd	2,5 ■	10.600	2,4 [#]	1,7 [#]	0,3 ■	1.200	0,3	0,3
Byen	2,1 ■	8.100	2,2 [#]	1,9 [#]	0,2	800	0,3 [#]	0,3 [#]
Bornholm	3,9 ■	1.300	3,1 [#]	2,1 [#]	0,6 ■	200	0,5 [#]	0,5

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

12.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med knogleskørhed har næsten 60 % samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 12.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med knogleskørhed, er: KOL, som ses hos omtrent en femtedel af borgere med knogleskørhed, hjertesygdom, langvarig depression, kræft og inflammatorisk ledsygdom.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed er steget fra 56,2 % i 2007 til 58,2 % i 2013 og til 59,2 % i 2016. Stigning fra 2007 til 2016 gør sig gældende for KOL og kræft, hvorimod der ses en uændret forekomst af langvarig depression og inflammatorisk ledsygdom og et fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med knogleskørhed.

Tabel 12.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	59,2	23.700	58,2 [#]	56,2 [#]
KOL	19,6	7.800	17,9 [#]	15,0 [#]
Hjertesygdom	14,1	5.700	14,4	17,0 [#]
Langvarig depression	11,6	4.600	12,4 [#]	11,6
Kræft	11,3	4.500	9,8 [#]	7,2 [#]
Inflammatorisk ledsygdom	8,6	3.500	8,5	8,6

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 59,2 %



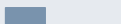


12.3 Fysisk og mental sundhed


I 2017 har borgere med knogleskørhed højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed, bortset fra andelen med dårligt mentalt helbred, der er den samme som andelen i regionen som helhed (Tabel 12.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med dårligt fysisk helbred og andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, der er markant større blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 33 % af borgere med knogleskørhed et dårligt fysisk helbred, svarende til 10.500 personer, og 36 % har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 13.200 personer (Tabel 12.4). Der er tale om mere end to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed

(Tabel 12.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme er andelen med dårligt mentalt helbred lille blandt borgere med knogleskørhed.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med knogleskørhed ses et fald i andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, fra 43 % i 2010 til 36 % i 2017. Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i andelen med dårlig fysisk og mental sundhed (Tabel 12.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed ingen ændring i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 2010 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 12.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med knogleskørhed

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	36  *	13.200	38	43 [#]
Dårligt fysisk helbred	33  *	10.500	32	37
Dårligt mentalt helbred	15 	4.800	16	13
Højt stressniveau	32  *	10.900	30	32
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	20  *	7.300	17	18



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

12.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med knogleskørhed højere forekomster af usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet og svage sociale relationer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 12.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Omvendt ses en lavere forekomst af rygning og moderat og svær overvægt blandt borgere med knogleskørhed, mens forekomsten af storforbrug af alkohol er den samme. Især er andelen af borgere med lav fysisk aktivitet større blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 30 % af borgere med knogleskørhed lav fysisk aktivitet, svarende til 10.500 personer, mens det gælder 19 % i hele regionen (Tabel 12.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I modsætning hertil er andelen af rygere blandt borgere med knogleskørhed 16 %, mens det gælder 23 % i hele regionen, og andelen af moderat og svært overvægtige er henholdsvis 26 % og 9 % blandt borgere

med knogleskørhed, hvor det gælder henholdsvis 31 % og 13 % i regionen som helhed (Tabel 12.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I overensstemmelse hermed har borgere med knogleskørhed en lav forekomst af rygning samt moderat og svær overvægt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, og dette gør sig også gældende for storforbrug af alkohol.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med knogleskørhed er andelen af rygere faldet fra 21 % i 2010 til 16 % i 2017 (Tabel 12.5). Andelen med et storforbrug af alkohol er ligeledes faldet fra 12 % i 2010 til 8 % i 2017. Derimod ses en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 12 % i 2010 til 15 % i 2017. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 12.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med knogleskørhed

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	16 *	5.600	19	21 [#]
Storforbrug af alkohol	8	2.700	9	12 [#]
Usundt kostmønster	15 *	5.300	12 [#]	12 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	30 *	10.500	30	28
Moderat overvægt	26 *	9.100	25	25
Svær overvægt	9 *	3.300	9	8
Svage sociale relationer	25 *	8.800	23	25

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

12.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med knogleskørhed med en uhensigtsmæssig risikoprofil, dvs. borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer, sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 12.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). For storforbrug af alkohol og svær overvægt er der dog ingen statistisk signifikant forskel. Den største forskel ses for lav fysisk aktivitet. Hvor 51 % af borgere med knogleskørhed med lav fysisk aktivitet ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 5.000 personer, gælder det hele 72 % blandt borgere med lav fysisk aktivitet i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil

ligger borgere med knogleskørhed generelt lavt med hensyn til motivation for adfærdsændring, hvad angår de omtalte risikofaktorer.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med knogleskørhed, som har lav fysisk aktivitet, er andelen, som gerne vil være mere fysisk aktiv, faldet fra 62 % i 2010 til 51 % i 2017 (Tabel 12.6). Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i ønske om adfærdsændringer i perioden. I regionen som helhed ses ingen ændring fra 2010 til 2017 i andelen, som gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt borgere med lav fysisk aktivitet (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 12.6 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med knogleskørhed med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	60*	3.300	55	63
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	33	900	35	25
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	45*	2.400	40	52
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	51*	5.000	54	62#
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	72*	6.600	75	78
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	90	2.900	82	-

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af for få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

12.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, generelt den samme blandt borgere med knogleskørhed med en uhensigtsmæssig risikoprofil og blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Der er dog en mindre andel af borgere med knogleskørhed, som er rygere, som har *fået information om hjælp* til rygestop (Tabel 12.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Blandt borgere med knogleskørhed og lav fysisk aktivitet er andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, større end blandt borgere med lav fysisk aktivitet i regionen som helhed. Yderligere sammenligning med tallene for Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen blandt borgere med

knogleskørhed, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, lille, hvad angår storforbrug af alkohol, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet og overvægt. Det samme gør sig gældende for borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring*, blandt borgere med knogleskørhed og uhensigtsmæssig risikoprofil i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er sket mere end en fordobling i andelen af borgere med knogleskørhed med usundt kostmønster, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere fra 7 % i 2013 til 16 % i 2017 (Tabel 12.7). Omvendt ses i samme periode i regionen som helhed et fald i andelen af borgere med et usundt kostmønster, som har *fået information om hjælp* til at spise sundere (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 12.7 Borgere med knogleskørhed med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som indenfor det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	49*	2.600	53
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	9	500	13
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	16	400	21
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	1	0	3
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	16	800	7#
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	5	200	4
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	17	1.600	14
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	11*	1.000	10
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	22	2.500	22
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	10	1.200	12

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

12.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med knogleskørhed (97,1 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 58,4 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 12.8). Denne andel er i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Borgere med knogleskørhed med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 15,1 og 3,9 kontakter hertil i 2015.

I alt 26,0 % af borgere med knogleskørhed har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 68,4 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Mellem 7 % og 11 % af borgere med knogleskørhed har mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med knogleskørhed med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har cirka 6 kontakter.

En meget lille andel af borgere med knogleskørhed har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har henholdsvis 0,8 % og 2,0 % af borgere med knogleskørhed mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 0,6 % og 0,1 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med knogleskørhed med mindst

én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har over 7 kontakter. Dette antal psykiatriske ambulatoriebesøg er dog i den lave ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis uændret blandt borgere med knogleskørhed, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 55,7 % til 58,4 % (Tabel 12.8). I samme periode er der sket et lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis, mens der er sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis.

For somatiske kontakter ses også en stigning i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, ét planlagt ambulante besøg eller én genindlæggelse, men et fald i andelen med mindst én forebyggelig indlæggelse. Der ses ligeledes en lille stigning i det gennemsnitlige antal af disse kontakttyper bortset fra det gennemsnitlige antal forebyggelige indlæggelser, som er uændret fra 2007 til 2015.

For psykiatriske kontakter ses fra 2007 til 2015 ingen statistisk signifikante ændringer i andelen med mindst én kontakt eller i det gennemsnitlige antal kontakter.

Tabel 12.8 Borgere med knogleskørhed med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	97,1	15,1	568.800	97,1	14,5 [#]	97,2	14,9 [#]
Speciallægepraksis	58,4	3,9	89.000	58,1	4,0 [#]	55,7 [#]	4,2 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	26,0	1,6	16.600	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	26,0	1,9	19.200	25,2 [#]	1,9	24,9 [#]	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	68,4	6,1	162.600	67,5 [#]	6,0	61,0 [#]	5,7 [#]
Planlagte indlæggelser	8,9	1,5	5.000	8,3 [#]	1,4	8,7	1,4 [#]
Genindlæggelser	7,7	1,9	5.600	7,1 [#]	1,8	7,0 [#]	1,7 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	10,5	1,4	4.400	10,1	1,3 [#]	11,6 [#]	1,4
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	0,8	1,8	500	0,7	1,9	0,8	1,9
Ambulatoriebesøg	2,0	7,2	5.700	1,7 [#]	8,0	2,2	6,5
Indlæggelser	0,6	1,5	400	0,6	1,5	0,6	1,6
Genindlæggelser	0,1	1,6	100	0,1	1,4	0,1	2,7

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med knogleskørhed er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 5,8 dage i 2015 og 8,7 dage i 2007 (Tabel 12.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,8 dage i 2015 og 5,8 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid

22,0 dage i 2015 og 30,0 dage i 2007. Blandt borgere med knogleskørhed er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser samt ved psykiatriske indlæggelser i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 12.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med knogleskørhed

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	5,8	6,2	8,7
Planlagt somatisk indlæggelse	3,8	4,0	5,8
Psykiatrisk indlæggelse	22,0	24,7	30,0

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

12.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med knogleskørhed udgør i 2015 1.926 mio. kr., svarende til 49.500 kr. pr. person (Tabel 12.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 1.469 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 430 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør ca. 81 % (1.562 mio. kr.)

af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med knogleskørhed. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger knogleskørhed lavt med hensyn til de samlede totale behandlingsudgifter og psykiatriske behandlingsudgifter – både gennemsnitlige og totale – hvorimod de gennemsnitlige udgifter til praksissektoren er i den høje ende.

Tabel 12.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med knogleskørhed i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	171	1.174	49	75	1.469
Pr. person (kr.)	4.400	30.200	1.300	1.900	37.800
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	27	388	8	6	430
Pr. person (kr.)	700	10.000	200	200	11.100
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	198	1.562	58	108	1.926
Pr. person (kr.)	5.100	40.200	1.500	2.800	49.500

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

12.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11].
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(3) Osteoporoseforeningen. Om knogleskørhed [citeret 2017 10-07]. <https://www.osteoporose-f.dk/om-knogleskoerhed>.



Kapitel 13

Langvarig depression



13 Langvarig depression

- Forekomsten af langvarig depression er steget fra 4,1 % i 2007 til 5,0 % i 2013 og er derefter faldet til 4,7 % i 2016. Den største stigning ses blandt borgere på 35-44 år. I 2015 var der 7.500 nye tilfælde af langvarig depression. Andelen af nye tilfælde er faldet fra 2007 til 2015
- 42 % af borgere med langvarig depression har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 43 %, dårligt mentalt helbred 33 %, højt stressniveau 51 % og søvnproblemer 29 % blandt borgere med langvarig depression
- Forekomsten af rygning er høj, men er faldet fra 35 % i 2010 til 29 % 2017 blandt borgere med langvarig depression. Forekomsten af svage sociale relationer er ligeledes høj
- Andelen af borgere med langvarig depression med kontakt til speciallægepraksis er stor, hvilket også gælder for det gennemsnitlige antal kontakter hertil (4,7 pr. person), hvorimod andelen med kontakt til den somatiske hospitalssektor er lille
- Andelen med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor er stor i forhold til andre kroniske sygdomme. 6,3 % af borgere med langvarig depression har mindst ét besøg på psykiatrisk ambulatorium, hvoraf hver person i gennemsnit har 11,5 besøg
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid på psykiatrisk afdeling for borgere med langvarig depression er kort
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med langvarig depression udgør 2.638 mio. kr., svarende til 37.500 kr. pr. person i 2015

Depression er én af de mest almindelige psykiske sygdomme i Danmark. Milde depressioner behandles ofte med psykoterapi, mens moderate og svære depressioner primært behandles med antidepressiv medicin. Symptomerne er eksempelvis længerevarende nedtrykthed, nedsat energi eller øget træthed, selvbefrædelse eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro, søvnforstyrrelser eller appetitændring (1). Depression rammer cirka en halv million danskere i løbet af deres liv, og mellem 100.000 og 200.000 danskere lever med depression her og nu (2). I 2016 fik hver syvende dansker antidepressiva. Danmark er således ét af de lande i verden, hvor der forbruges mest antidepressiv medicin (3).

Årsagen til depression skal findes i et komplekst samspil mellem psykologiske, biologiske og sociale faktorer (2). At være kvinde, at have en sensitiv personlighed, depression i den nære familie, mangel på nære relationer og stressende livsbegivenheder såsom arbejdsløshed og dødsfald er nogle af de faktorer, der kan øge risikoen for udvikling af depression. Herudover er tidligere tilfælde af depression eller anden samtidig psykisk sygdom (f.eks. angst eller skizofreni) eller somatisk sygdom (f.eks. diabetes, kræft eller hjertesygdom) også blandt risikofaktorerne (2).

Målt i tabte gode leveår er depression den mest belastende sygdom i Danmark. Depression udgør 6 % af alle tabte leveår (4).

Borgere med depression har et højere forbrug af sundhedsydelse sammenlignet med borgere uden depression. På landsplan koster depression 1.220 mio. kr. i behandling og pleje samt 3.110 mio. kr. i tabt produktion (5).

I denne rapport defineres borgere med langvarig depression via Lægemedeldatabasen og inkluderer borgere, som har indløst tre recepter på antidepressiv medicin inden for de seneste fem år med mindst to år mellem første og sidste recept. Da antidepressiv medicin også anvendes til behandling af andre psykiske lidelser som eksempelvis angst, spiseforstyrrelser og tvangstilstande, kan det ikke undgås, at borgere med disse sygdomme også indgår i definitionen af langvarig depression. Personer med svære psykiske lidelser (se kapitel 12) er udeladt af definitionen. Mild depression behandles primært med psykoterapi og ikke med antidepressiv medicin, hvilket betyder, at borgere med mild depression ikke indgår i denne rapport. Se Tabel 13.1 for definitionen af langvarig depression i denne rapport.

Tabel 13.1 Definition af borgere med langvarig depression

Alle borgere, som ikke opfylder kriterierne for svær psykisk lidelse (Tabel 14.1) og demens (Tabel 15.1), som i løbet af de foregående fem år, har indløst mindst tre recepter på to forskellige datoer med nedenstående ATC-kode med mindst to år mellem første og sidste recept.

- ATC-kode fra Lægemedeldatabasen:
 - N06A (Antidepressiva)

Hvis den samme borger opfylder kriterierne for både langvarig depression og enten svær psykisk lidelse eller demens, defineres borgeren til at have enten svær psykisk lidelse eller demens. Med definitionen er det ikke muligt samtidigt at have langvarig depression og svær psykisk lidelse eller demens

13.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 4,7 % af borgerne i Region Hovedstaden langvarig depression, svarende til 68.700 personer (Tabel 13.2). I løbet af 2015 har 0,6 % af borgerne, svarende til 7.500 personer, fået konstateret langvarig depression.

Køn: En dobbelt så stor andel kvinder har langvarig depression sammenlignet med mænd. Samme tendens ses for nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015.

Alder: Forekomsten af langvarig depression stiger med stigende alder fra 1 % blandt de 16-24 årige til 9,9 % blandt borgere på 80 år eller derover. Tilsvarende tendens ses for nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af langvarig depression falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Mens 6,8 % af borgere med grundskoleuddannelse har langvarig depression, gælder det 3,5 % blandt borgere med lang videregående uddannelse. Samme tendens ses for nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af langvarig depression og andelen af nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015 er størst blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister og mindst blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af langvarig depression og andelen af nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015 er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.































































Etnisk baggrund: Forekomsten af langvarig depression og andelen af nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015 er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af langvarig depression varierer fra 4,2 % i planlægningsområde Byen til 7,1 % på Bornholm. Samme tendens ses for andelen af nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015, der varierer fra 0,5 % i planlægningsområde Byen til 0,8 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af langvarig depression 2007-2016: Forekomsten af langvarig depression er steget fra 4,1 % i 2007 til 5,0 % i 2013 og er derefter faldet til 4,7 % i 2016 (Tabel 13.2). Den samme tendens gør sig gældende i de fleste socio-demografiske grupper. Fra 2007 til 2016 ses den største stigning blandt langtidssyge borgere, men der ses også væsentlige stigninger blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse. I samme periode er forekomsten af langvarig depression steget i alle planlægningsområder og på Bornholm. Den største stigning ses på Bornholm, mens den mindste stigning ses i planlægningsområde Byen.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af nye tilfælde af langvarig depression i løbet af det seneste år er faldet fra 0,8 % i 2007 til 0,7 % i 2013 og til 0,6 % i 2015 i regionen som helhed (Tabel 13.2). Den samme tendens gør sig gældende i alle de sociodemografiske grupper og i alle planlægningsområderne. Fra 2007 til 2015 ses de største fald i andelen af nye tilfælde af langvarig depression blandt borgere på 80 år eller derover og blandt førtidspensionister. I planlægningsområderne ses de største fald i planlægningsområderne Syd og Byen.

Tabel 13.2 Borgere med langvarig depression 1. januar 2016, 2013 og 2007 samt nye tilfælde af langvarig depression i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	4,7 	68.700	5,0 [#]	4,1 [#]	0,6 	7.500	0,7 [#]	0,8 [#]
Køn								
Mand	3,1 	22.000	3,3 [#]	2,6 [#]	0,4 	2.700	0,5 [#]	0,6 [#]
Kvinde	6,2 	46.700	6,6 [#]	5,4 [#]	0,7 	4.800	0,9 [#]	1,1 [#]
Alder								
16-24 år	1,0 	2.100	1,1 [#]	0,6 [#]	0,3 	600	0,4 [#]	0,4 [#]
25-34 år	2,5 	6.700	2,9 [#]	2,2 [#]	0,5 	1.100	0,6 [#]	0,6 [#]
35-44 år	4,2 	10.600	4,5 [#]	3,2 [#]	0,6 	1.400	0,7 [#]	0,8 [#]
45-54 år	5,4 	13.200	5,7 [#]	4,7 [#]	0,6 	1.400	0,8 [#]	1,0 [#]
55-64 år	6,8 	13.100	7,1 [#]	5,5 [#]	0,6 	1.000	0,8 [#]	0,9 [#]
65-79 år	7,0 	16.200	7,3 [#]	6,5 [#]	0,6 	1.300	0,8 [#]	1,1 [#]
80+ år	9,9 	6.800	11,0 [#]	10,2	1,2 	600	1,6 [#]	2,0 [#]
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	1,7 	3.500	1,9 [#]	1,5 [#]	0,4 	700	0,5 [#]	0,5 [#]
Grundskole	6,8 	16.200	7,0 [#]	5,3 [#]	0,9 	1.800	1,1 [#]	1,1 [#]
Gymnasial	3,7 	3.400	3,9 [#]	2,8 [#]	0,5 	400	0,6	0,7 [#]
Erhvervsfaglig	5,7 	20.100	5,8 [#]	4,4 [#]	0,6 	2.100	0,8 [#]	0,9 [#]
Kort og mellemlang videreg.	5,1 	13.800	5,4 [#]	4,2 [#]	0,5 	1.200	0,6 [#]	0,8 [#]
Lang videregående	3,5 	6.800	3,8 [#]	3,0 [#]	0,4 	600	0,4	0,5 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	3,3 	25.900	3,5 [#]	2,7 [#]	0,4 	3.000	0,5 [#]	0,6 [#]
Arbejdsløs	4,8 	1.100	5,3 [#]	4,4 [#]	0,8 	200	1,1 [#]	1,1 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	12,1 	8.200	12,7 [#]	8,0 [#]	2,3 	1.100	3,0 [#]	2,8 [#]
Førtidspensionist	13,4 	6.400	14,3 [#]	11,8 [#]	1,2 	400	1,7 [#]	2,0 [#]
Pensionist	8,1 	22.700	8,5 [#]	7,5 [#]	0,8 	1.900	1,0 [#]	1,3 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	6,8 	34.100	7,4 [#]	6,1 [#]	0,8 	3.500	1,0 [#]	1,2 [#]
Samlevende	4,3 	32.500	4,5 [#]	3,5 [#]	0,5 	3.400	0,6 [#]	0,7 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	5,1 	60.300	5,3 [#]	4,3 [#]	0,6 	6.100	0,7 [#]	0,8 [#]
Andre vestlige lande	2,6 	2.700	3,1 [#]	3,2 [#]	0,4 	400	0,5 [#]	0,7 [#]
Ikke-vestlige lande	3,3 	5.800	3,5 [#]	2,4 [#]	0,6 	900	0,7 [#]	0,8 [#]
Planlægningsområder								
Nord	5,1 	13.200	5,3 [#]	4,1 [#]	0,6 	1.400	0,7 [#]	0,8 [#]
Midt	5,0 	18.100	5,3 [#]	4,3 [#]	0,6 	1.900	0,7 [#]	0,8 [#]
Syd	4,5 	19.000	4,8 [#]	3,7 [#]	0,6 	2.200	0,7 [#]	0,9 [#]
Byen	4,2 	15.900	4,6 [#]	4,1 [#]	0,5 	1.700	0,6 [#]	0,8 [#]
Bornholm	7,1 	2.400	7,3	5,6 [#]	0,8 	200	1,0 [#]	0,9 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens.

13.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med langvarig depression har 42 % samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 13.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidigt med langvarig depression, er: KOL, diabetes, hjertesygdom, astma og knogleskørhed.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med langvarig depression er steget fra 2007 til 2013, men er uændret fra 2013 til 2016. Overordnet ses derfor en

stigning i forekomsten af én eller flere kroniske sygdomme blandt borgere med langvarig depression fra 40,5 % i 2007 til 42,0 % i 2016. Stigningen gør sig især gældende for KOL og diabetes, men også i forekomsten af knogleskørhed. Omvendt ses et fald i forekomsten af hjertesygdom blandt borgere med langvarig depression. Forekomsten af astma blandt borgere med langvarig depression er uændret fra 2007 til 2016, men fra 2013 til 2016 ses et lille fald.

Tabel 13.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med langvarig depression

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	42,0	28.800	41,6	40,5 [#]
KOL	12,2	8.400	11,2 [#]	9,8 [#]
Diabetes	10,5	7.200	9,7 [#]	8,1 [#]
Hjertesygdom	8,8	6.100	9,4 [#]	11,2 [#]
Astma	7,5	5.200	8,0 [#]	7,8
Knogleskørhed	6,8	4.600	6,4 [#]	5,0 [#]

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med langvarig depression. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 42,0 %.

13.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med langvarig depression højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 13.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med langvarig depression sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 43 % af borgere med langvarig depression et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 22.600 personer, og 28 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 16.100 personer (Tabel 13.4). Der er tale om omkring tre gange så store andele sammenlignet med hele regionen (Se tabel i kapitel 4). Herudover er andelen med dårligt mentalt helbred, et højt stressniveau eller søvnproblemer mere end dobbelt så stor blandt borgere med langvarig depression sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 13.4 og tilsvarende tabel i kapitel

4). Også i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme er forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og søvnproblemer høj blandt borgere med langvarig depression.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med langvarig depression ses en stigning i andelen med søvnproblemer fra 25 % i 2010 til 29 % i 2017 (Tabel 13.4). Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og i andelen med dårligt fysisk helbred (Tabel 13.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed fra 2010 til 2017 også en stigning i forekomsten af søvnproblemer. Yderligere ses der fra 2013 til 2017 en stigning i forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, men ingen ændring i forekomsten af dårligt fysisk helbred (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 13.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med langvarig depression

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	43 *	26.600	38 [#]	41
Dårligt fysisk helbred	28 *	16.100	24 [#]	26
Dårligt mentalt helbred	33 *	18.800	33	32
Højt stressniveau	51 *	29.600	50	52
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	29 *	17.600	26	25 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017








13.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med langvarig depression generelt en højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 13.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen med svær overvægt markant større blandt borgere med langvarig depression sammenlignet med borgere i hele regionen. Således er 23 % af borgere med langvarig depression svært overvægtige, svarende til 13.900 personer (Tabel 13.5), mens det gælder 13 % i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med moderat overvægt er til gengæld kun lidt større blandt borgere med langvarig depression end i regionen som helhed (Tabel 13.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre

kroniske sygdomme har borgere med langvarig depression en høj forekomst af rygning og svage sociale relationer.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017: Blandt borgere med langvarig depression er andelen af rygere faldet fra 35 % i 2010 til 29 % i 2017 (Tabel 13.5). Andelen med et storforbrug af alkohol, er ligeledes faldet fra 12 % i 2010 til 10 % i 2017. Derimod ses stigninger i andelen med usundt kostmønster fra 13 % i 2010 til 17 % i 2017 og i andelen med svær overvægt fra 19 % i 2010 til 23 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses herudover en stigning i forekomsten af svage sociale relationer blandt borgere med langvarig depression. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 13.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med langvarig depression

	2017	Personer	2013	2010
	%		%	%
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	29  *	17.200	29	35 [#]
Storforbrug af alkohol	10 	5.500	10	12 [#]
Usundt kostmønster	17  *	10.300	14 [#]	13 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	29  *	17.200	28	27
Moderat overvægt	34  *	20.700	33	33
Svær overvægt	23  *	13.900	19 [#]	19 [#]
Svage sociale relationer	30  *	18.000	27 [#]	29

0 20 40 60%

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

13.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere med et storforbrug af alkohol, som er motiverede for adfærdsændring, større blandt borgere med langvarig depression sammenlignet med borgere med et storforbrug af alkohol i regionen som helhed (Tabel 13.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Således ønsker 53 % af borgere med langvarig depression, som har et storforbrug af alkohol, at nedsætte alkoholforbruget, svarende til 2.900 personer, mens den tilsvarende andel er 35 % blandt borgere med et storforbrug af alkohol i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som er motiveret for adfærdsændring, generelt

højt blandt borgere med langvarig depression, bortset fra rygning.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med langvarig depression og en uhensigtsmæssig risikoprofil ses ingen statistisk signifikante ændringer i motivation for adfærdsændring fra 2010 til 2017. Blandt borgere med langvarig depression, som er moderat overvægtige, ses dog et fald i andelen, som gerne vil tabe sig, fra 2013 til 2017 (Tabel 13.6). I regionen som helhed er denne andel uændret fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 13.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med langvarig depression med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	70	11.900	73	74
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	53*	2.900	44	51
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	65	6.600	63	62
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	72	12.000	68	71
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	82	16.800	87 [#]	85
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	95	13.200	96	96

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

13.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring større blandt borgere med langvarig depression med en uhensigtsmæssig risikoprofil hvad angår et usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet og overvægt sammenlignet med borgere med en tilsvarende uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 13.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Andelen af borgere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er større blandt borgere med langvarig depression og en uhensigtsmæssig risikoprofil hvad angår storforbrug af alkohol, et usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet og overvægt (Tabel 13.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil, er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, generelt stor blandt borgere med langvarig depression, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil. Den eneste undtagelse er rygning, hvor der er få, som har *fået information om hjælp* til

adfærdsændring blandt borgere med langvarig depression og uhensigtsmæssig risikoprofil i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Ligeledes er andelen blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, stor blandt borgere med langvarig depression, hvad angår storforbrug af alkohol, usundt kostmønster og overvægt sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med langvarig depression, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, blandt rygere og blandt borgere, som er overvægtige (Tabel 13.7). Andelen, som har *fået information om hjælp* til rygestop, er faldet fra 53 % i 2013 til 41 % i 2017 og andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til rygestop er faldet fra 14 % i 2013 til 8 % i 2017. Til sammenligning er der i regionen som helhed sket et fald i andelen af rygere, som *har fået information om hjælp* til rygestop, mens der ikke er sket et fald i andelen af rygere, der *har taget imod tilbud om hjælp* til rygestop (Se tabel i kapitel 4).

Table 13.7 Borgere med langvarig depression med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	41	6.800	53 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	8	1.300	14 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	28	1.500	31
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	9*	500	14
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	22*	2.100	29
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	7*	600	9
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	24*	3.900	28
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	12*	2.000	11
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	29*	9.600	37 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	15*	5.100	18

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

13.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med langvarig depression (97,0 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 52,7 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 13.8). Borgere med langvarig depression med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 13,9 og 4,7 kontakter hertil i 2015. Det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis er højt blandt borgere med langvarig depression i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med langvarig depression er andelen med somatiske kontakter i den lave ende i forhold til andelen blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Henholdsvis 24,6 % og 19,2 % af borgere med langvarig depression har mindst ét akut ambulans besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 46,6 % har mindst ét planlagt ambulans besøg. Mellem 5-11 % af borgere med langvarig depression har mindst én planlagt indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse i 2015. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter, blandt borgere med langvarig depression med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har 6 kontakter.

Blandt borgere med langvarig depression er andelen med en psykiatrisk kontakt generelt stor i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, selvom andelen er små. I alt har henholdsvis 2,7 % og 6,3 % af borgere med langvarig depression mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 1,7 % og 0,3 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter, blandt borgere med langvarig depression med mindst én kontakt, ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit

har over 11 kontakter. Dette er i den høje ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis uændret blandt borgere med langvarig depression, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 52,0 % til 52,7 % (Tabel 13.8). Dette er en lille stigning sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme. I samme periode er der sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med langvarig depression.

For somatiske kontakter ses en stigning i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, planlagt ambulans besøg eller genindlæggelse. I forhold til andre kroniske sygdomme er stigningerne for borgere med langvarig depression små. Blandt borgere med langvarig depression ses ligeledes en lille stigning i det gennemsnitlige antal af disse kontakter, ligesom der ses en stigning i det gennemsnitlige antal forebyggelige indlæggelser.

For psykiatriske kontakter ses et lille fald fra 3,0 % i 2007 til 2,7 % i 2015 i andelen med mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue og et fald i det gennemsnitlige antal kontakter til psykiatrisk skadestue. Omvendt ses en stigning fra 4,4 % i 2007 til 6,3 % i 2015 i andelen med mindst ét ambulatoriebesøg og en stigning i det gennemsnitlige antal ambulatoriebesøg. Der ses ingen ændring i andelen eller antallet af genindlæggelser på psykiatrisk afdeling og ingen ændring i andelen af indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Der ses dog en lille stigning i det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt borgere med mindst én indlæggelse på psykiatrisk afdeling (Tabel 13.8).

Table 13.8 Borgere med langvarig depression med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	97,0	13,9	951.300	97,0	13,6 [#]	97,0	14,5 [#]
Speciallægepraksis	52,7	4,7	173.700	52,9	5,0 [#]	52,0 [#]	5,2 [#]
Somatiske kontakter		.					
Akutte ambulante besøg*	24,6	1,6	27.200	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	19,2	1,8	24.200	19,0	1,8	18,7 [#]	1,7 [#]
Planlagte ambulante besøg	46,6	6,0	198.000	45,7 [#]	5,8 [#]	43,5 [#]	5,8 [#]
Planlagte indlæggelser	7,2	1,4	7.000	7,1	1,4	7,2	1,3
Genindlæggelser	5,1	1,9	6.800	5,0	1,8 [#]	4,6 [#]	1,7 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	10,4	1,4	3.400	10,3	1,3	10,8	1,3 [#]
Psykiatriske kontakter		.					
Psykiatrisk skadestue	2,7	1,8	3.300	2,8	1,9 [#]	3,0 [#]	1,9 [#]
Ambulatoriebesøg	6,3	11,5	51.300	5,1 [#]	11,5	4,4 [#]	10,6 [#]
Indlæggelser	1,7	1,6	1.800	1,8	1,7	1,8	1,4 [#]
Genindlæggelser	0,3	1,7	400	0,3	2,1	0,3	1,7

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med langvarig depression er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 4,7 dage i 2015 og 6,9 dage i 2007 (Tabel 13.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,6 dage i 2015 og 5,1 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelse-

sestid 14,6 dage i 2015 og 28,8 dage i 2007. Blandt borgere med langvarig depression er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte somatiske indlæggelser og psykiatriske indlæggelser i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Table 13.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med langvarig depression

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	4,7	5,1	6,9
Planlagt somatisk indlæggelse	3,6	3,6	5,1
Psykiatrisk indlæggelse	14,6	13,1	28,8

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

13.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med langvarig depression udgør 2.638 mio. kr., svarende til 37.500 kr. pr. person i 2015 (Tabel 13.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.002 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 591 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 70 % (1.852 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere med langvarig depression. I forhold til

borgere med andre kroniske sygdomme ligger langvarig depression højt med hensyn til de totale udgifter til praksissektoren, hvilket også gælder udgiften til den psykiatriske hospitalssektor – både de totale udgifter og gennemsnitlige udgifter. Derimod er de gennemsnitlige udgifter til den somatiske hospitalssektor, de gennemsnitlige medicinudgifter samt de samlede gennemsnitlige behandlingsudgifter i den lave ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 13.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med langvarig depression i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelse) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	285	1.376	249	92	2.002
Pr. person (kr.)	4.100	19.600	3.500	1.300	28.400
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	52	476	57	7	591
Pr. person (kr.)	700	6.800	800	100	8.400
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	337	1.852	305	144	2.638
Pr. person (kr.)	4.800	26.300	4.300	2.000	37.500

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

13.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder [citeret 2017 02-06]. <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx>.

(3) Sundhedsdatastyrelsen. Laveste antal brugere af anti-depressiv medicin de seneste 10 år. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2017.

(4) Jørgensen P, Nordentoft M, Videbech P. Forebyggelse af psykiske sygdomme. København: Munksgaard Danmark; 2010.

(5) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.



Kapitel 14

Svær psykisk lidelse



14 Svær psykisk lidelse

- Forekomsten af svær psykisk lidelse er steget fra 2,8 % i 2007 til 2,9 % i 2016. Den største stigning ses blandt borgere på 16-34 år. I 2015 var der 4.900 nye tilfælde af svær psykisk lidelse. Andelen af nye tilfælde er steget fra 2007 til 2015
- Lidt over en tredjedel af borgere med svær psykisk lidelse har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er 49 %, dårligt mentalt helbred 44 %, højt stressniveau 63 % og søvnproblemer 32 % blandt borgere med svær psykisk lidelse
- Forekomsten af storforbrug af alkohol er høj, men er faldet fra 17 % i 2010 til 10 % i 2017 blandt borgere med svær psykisk lidelse. Også forekomsten af rygning, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet, svær overvægt og svage sociale relationer er høj blandt borgere med svær psykisk lidelse, men her er ikke sket ændringer i forekomsten fra 2010 til 2017
- Andelen af borgere med svær psykisk lidelse med kontakt til almen praksis, speciallægepraksis og den somatiske hospitalssektor er generelt lille i forhold til andre kroniske sygdomme
- Andelen med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor er stor i forhold til andre kroniske sygdomme. I alt 35,1 % af borgere med svær psykisk lidelse har mindst ét besøg på psykiatrisk ambulatorium, hvoraf hver person i gennemsnit har 14,7 besøg
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med svær psykisk lidelse er 3.207 mio. kr., svarende til 76.200 kr. pr. person i 2015

Svær psykisk lidelse dækker i denne rapport over flere forskellige psykiske lidelser såsom skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse og non-organiske psykoser. Det antages, at borgere i behandling med antipsykotisk medicin er præget af deres lidelser i en sådan grad, at det kan betegnes som kronisk.

Skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse har høj sygelighed og dødelighed. Skizofreni karakteriseres ved psykotiske symptomer og social tilbagetrækning, mens bipolar affektiv sindslidelse typisk viser sig ved maniske og depressive episoder. Mange lider desuden samtidigt af angst (1). Non-organiske psykoser inkluderer episoder med psykoser uden kendt udløsende årsag.

Skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse debuterer tidligt, typisk i 18-30 års alderen. For skizofreni tidligere for mænd end for kvinder. Skizofreni rammer årligt cirka 3.500 danskere, og omkring 43.000 borgere lever med skizofreni. Cirka 40.000 voksne danskere lever med bipolar affektiv sindslidelse (2).

Årsagerne til skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse er endnu ikke fuldt afdækket, men en del af forklaringen ligger i generne. Biologiske, psykiske og sociale forhold spiller en rolle, og stof- og alkoholmisbrug, traumatiske oplevelser, uregelmæssig livsførelse, reduceret søvn og stress kan være udløsende faktorer (1, 3). For skizofreni er visse infektioner under graviditet og for tidlig fødsel også risikofaktorer (4), mens det for bipolar affektiv sindslidelse er tidligere depressioner, tidlig debut af depression, fødselsdepression samt faderens alder (>55 år eller <20 år) (1).

Borgere med skizofreni er i risiko for at udvikle anden psykiatrisk lidelse, eksempelvis tvangslidelser, angst og depression og somatiske lidelser såsom hjertesygdom, lever-sygdom samt diabetes (1). Borgere med bipolar affektiv sindslidelse er i risiko for udvikling af epilepsi, angst og misbrug (1).

Levetiden blandt borgere med skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse er omkring henholdsvis 20 år kortere og 10-15 år kortere end befolkningsgennemsnittet. For skizofreni skyldes overdødeligheden selvmord, ulykker, somatiske lidelser, livsstilsfaktorer og misbrug (1). Ligeledes ses høj dødelighed blandt borgere med bipolar affektiv lidelse og omkring 7-10 % begår selvmord. Overdødeligheden skyldes herudover hjertesygdomme og kræft (1).

Borgere med skizofreni har et højere forbrug af sundheds-ydelser sammenlignet med borgere uden skizofreni. På landsplan koster skizofreni 2.610 mio. kr. i behandling og pleje samt 5.650 mio. kr. i tabt produktion (3). De høje udgifter skyldes, at sygdommen debuterer tidligt i livet, og at hver fjerde bliver kronisk syg.

Forekomsten af svær psykisk lidelse afhænger af, hvordan svær psykisk lidelse defineres. I denne rapport er borgere med svær psykisk lidelse identificeret via Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemedeldatabasen og opgøres samlet for bipolar affektiv sindslidelse og non-organisk psykose. Se Tabel 14.1 for definitionen af svær psykisk lidelse i denne rapport.

Tabel 14.1 Definition af borgere med svær psykisk lidelse

Alle borgere, som inden for de foregående fem år, har haft mindst én LPR-PSYK-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose, og/eller som inden for en 12 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

- ICD10-koder fra LPR-PSYK:
 - F20, F21, F22, F25, F28, F29, F31 (Skizofreni, non-organiske psykoser, bipolar affektiv sindslidelse)
- ATC-kode fra Lægemedeldatabasen:
 - N05A (Antipsykotika)

LPR-PSYK: Landspatientregistret-Psykiatri. ICD-10: International klassifikation af sygdomme version 10

^a Med LPR-PSYK-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulansforløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b De to recepter behøver ikke have samme ATC-kode

14.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 2,9 % af borgerne i Region Hovedstaden en svær psykisk lidelse, svarende til 42.600 personer (Tabel 14.2). I løbet af 2015 har 0,4 % af borgerne, svarende til 4.900 personer, fået konstateret en svær psykisk lidelse.

Køn: Forekomsten af svær psykisk lidelse og andelen af borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, er større blandt kvinder end blandt mænd.

Alder: Forekomsten af svær psykisk lidelse stiger med stigende alder med undtagelse af de 65-79 årige. Andelen af borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, er størst blandt borgere, der er 80 år eller derover. Herudover er der stort set ingen forskel mellem aldersgrupperne.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af svær psykisk lidelse falder med stigende uddannelseslængde. Således er forekomsten blandt borgere med grundskoleuddannelse omkring fem gange større end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Den samme tendens ses for andelen af borgere, der har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af svær psykisk lidelse er højest blandt førtidspensionister, hvor forekomsten er 23,5 % og lavest blandt borgere i beskæftigelse, hvor forekomsten er 0,9 %. Forekomsten af svær psykisk lidelse er også høj blandt langtidssyge borgere. Andelen af borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2015, er størst blandt langtidssyge borgere og mindst borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af svær psykisk lidelse og andelen, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, er markant større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af svær psykisk lidelse er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst

blandt borgere med anden vestlig baggrund. Andelen af borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, er størst blandt borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af svær psykisk lidelse varierer fra 2,6 % i planlægningsområde Midt til 3,5 % på Bornholm. Andelen af borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, varierer fra 0,3 % i planlægningsområderne Byen og Midt til 0,5 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af svær psykisk lidelse 2007-2016: Forekomsten af svær psykisk lidelse er steget fra 2,8 % i 2007 til 2,9 % i 2013, men er uændret fra 2013 til 2016 blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 14.2). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses også små stigninger i andelen af borgere med svær psykisk sygdom. Den største stigning ses blandt langtidssyge borgere. Der ses endvidere et fald blandt de ældste borgere, som også ses blandt pensionister, og et fald blandt borgere fra andre vestlige lande. Fra 2007 til 2016 ses en stigning i forekomsten af svær psykisk lidelse i alle planlægningsområder på nær planlægningsområde Byen, hvor forekomsten er uændret i perioden. Den største stigning ses på Bornholm.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere, der har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af det seneste år, er steget fra 0,3 % i 2007 til 0,4 % i 2013, men er uændret fra 2013 til 2015 i regionen som helhed (Tabel 14.2). Stigningen fra 2007 til 2015 gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. Dog ses fald blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, og især blandt langtidssyge borgere. Fra 2007 til 2015 ses en lille stigning i andelen af nye tilfælde af svær psykisk lidelse det seneste år på Bornholm og i planlægningsområde Nord, mens andelen er uændret i de øvrige planlægningsområder.

Tabel 14.2 Borgere med svær psykisk lidelse 1. januar 2016, 2013 og 2007 og borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens				Incidens			
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	2,9 ■	42.600	2,9	2,8 [#]	0,4 ■	4.900	0,4	0,3 [#]
Køn								
Mand	2,8 ■	20.000	2,7 [#]	2,5 [#]	0,3 ■	2.300	0,4	0,3
Kvinde	3,0 ■	22.600	3,0	3,0	0,4 ■	2.700	0,4	0,4
Alder								
16-24 år	1,9 ■	4.000	1,8 [#]	1,2 [#]	0,4 ■	800	0,4	0,3 [#]
25-34 år	2,3 ■	6.100	2,1 [#]	1,7 [#]	0,3 ■	700	0,3	0,2 [#]
35-44 år	2,8 ■	7.000	2,7	2,4 [#]	0,3 ■	700	0,3	0,3
45-54 år	3,4 ■	8.400	3,4	3,2 [#]	0,3 ■	700	0,3	0,3
55-64 år	3,6 ■	7.000	3,5 [#]	3,2 [#]	0,3 ■	500	0,3	0,3
65-79 år	3,0 ■	7.000	3,1 [#]	3,8 [#]	0,4 ■	800	0,4	0,4
80+ år	4,7 ■	3.200	5,1 [#]	6,8 [#]	1,3 ■	800	1,2	1,3
Uddannelse (16-85 årige)								
Under uddannelse	1,5 ■	3.000	1,3 [#]	0,9 [#]	0,3 ■	600	0,3	0,2 [#]
Grundskole	6,6 ■	15.700	6,0 [#]	5,1 [#]	0,6 ■	1.400	0,7	0,5 [#]
Gymnasial	3,4 ■	3.200	3,2 [#]	2,6 [#]	0,3 ■	300	0,3	0,3
Erhvervsfaglig	2,7 ■	9.400	2,5 [#]	2,3 [#]	0,3 ■	1.100	0,3	0,3
Kort og mellemlang videreg.	2,0 ■	5.500	2,0	1,8 [#]	0,2 ■	600	0,2	0,2
Lang videregående	1,3 ■	2.500	1,3	1,3	0,2 ■	300	0,2	0,1
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	0,9 ■	7.100	0,8 [#]	0,8 [#]	0,2 ■	1.200	0,2	0,1 [#]
Arbejdsløs	2,3 ■	500	2,0 [#]	2,0	0,4 ■	100	0,5	0,5
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	14,4 ■	9.800	13,1 [#]	8,4 [#]	1,4 ■	800	1,9 [#]	1,3
Førtidspensionist	23,5 ■	11.200	23,4	21,6 [#]	0,9 ■	300	0,9	1,0
Pensionist	3,6 ■	10.000	3,7 [#]	4,5 [#]	0,6 ■	1.600	0,6	0,6
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	5,5 ■	27.600	5,5	5,5	0,6 ■	2.600	0,6	0,6
Samlevende	1,5 ■	11.100	1,4 [#]	1,4 [#]	0,2 ■	1.600	0,2	0,2
Etnisk baggrund								
Danmark	2,9 ■	34.800	2,8 [#]	2,8 [#]	0,4 ■	4.100	0,4	0,3 [#]
Andre vestlige lande	1,6 ■	1.600	1,9 [#]	2,3 [#]	0,2 ■	200	0,2	0,3
Ikke-vestlige lande	3,6 ■	6.200	3,7 [#]	3,0 [#]	0,4 ■	600	0,5 [#]	0,5 [#]
Planlægningsområder								
Nord	2,9 ■	7.500	2,7 [#]	2,5 [#]	0,4 ■	900	0,4	0,3 [#]
Midt	2,6 ■	9.500	2,6	2,5 [#]	0,3 ■	1.200	0,3	0,3
Syd	3,1 ■	13.200	3,0 [#]	3,0 [#]	0,4 ■	1.500	0,4	0,4
Byen	2,9 ■	11.100	2,9	2,9	0,3 ■	1.200	0,3	0,3
Bornholm	3,5 ■	1.200	3,1 [#]	2,5 [#]	0,5 ■	200	0,4	0,3 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

14.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med svær psykisk lidelse har lidt over en tredjedel samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 14.3). De fem kroniske sygdomme, der hyppigst optræder samtidig med svær psykisk lidelse, er: KOL, diabetes, astma samt hjertesygdom, og for borgere på 65 år og derover også

demens. Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med svær psykisk lidelse er uændret fra 2007 til 2016. Der ses dog en stigning i forekomsten af KOL, diabetes og astma samt et fald i forekomsten af hjertesygdom og demens blandt borgere med en svær psykisk lidelse.

Tabel 14.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med svær psykisk lidelse

	2016		2013	2007
	%	Personer	%	%
Med komorbiditet**	37,9	16.200	37,9	38,5
KOL	10,8	4.600	9,8 [#]	8,4 [#]
Diabetes	9,9	4.200	9,5 [#]	8,3 [#]
Astma	7,3	3.100	7,5	6,9 [#]
Hjertesygdom	6,5	2.800	6,9 [#]	9,2 [#]
Demens (65+ år)	5,6	2.400	6,1	7,8 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med svær psykisk lidelse. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 37,9 %

14.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med svær psykisk lidelse højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 14.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og andelen med dårligt mentalt helbred, der er markant større blandt borgere med svær psykisk lidelse sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 49 % af borgere med svær psykisk lidelse et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, svarende til 15.500 personer, og 44 % har et dårligt mentalt helbred, svarende til 12.600 personer. Der er tale om mere end tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Tabel 14.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Herudover er andelen med et højt stressniveau, dårligt fysisk helbred eller søvnproblemer mere end dobbelt så stor blandt borgere med svær psykisk lidelse sammenlignet med hele

regionen. I overensstemmelse hermed ligger borgere med svær psykisk lidelse også højt med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, dårligt mentalt helbred, højt stressniveau og søvnproblemer sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med svær psykisk lidelse ses en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 37 % i 2010 til 44 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses herudover en stigning i andelen med højt stressniveau (Tabel 14.4). Til sammenligning ses i regionen som helhed også en stigning i andelen af borgere med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2017 og i andelen med højt stressniveau fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 14.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med svær psykisk lidelse

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	49	15.500	46	50
Dårligt fysisk helbred	24	6.800	25	28
Dårligt mentalt helbred	44	12.600	44	37 [#]
Højt stressniveau	63	18.800	56 [#]	60
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	32	10.000	27	28

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

14.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med svær psykisk lidelse højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 14.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Dog er andelen med storforbrug af alkohol og moderat overvægt ikke forskellig fra borgere i regionen som helhed. Størst er især andelen af borgere med svage sociale relationer og andelen af rygere blandt borgere med svær psykisk lidelse sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 47 % af borgere med svær psykisk lidelse svage sociale relationer, svarende til 14.300 personer, mens 43 % ryger, svarende til 13.400 personer (Tabel 14.5). Til sammenligning er andelen med svage sociale relationer 21 %, og andelen, som ryger, er 23 % blandt borgere i hele regionen (Se tabel i kapitel 4).

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med svær psykisk lidelse generelt højt med hensyn til forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer, bortset fra moderat overvægt, hvor forekomsten hverken er høj eller lav i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med svær psykisk lidelse er andelen med et storforbrug af alkohol faldet fra 17 % i 2010 til 10 % i 2017 (Tabel 14.5). Derudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i perioden. Faldet er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 14.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med svær psykisk lidelse

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	43 *	13.400	40	43
Storforbrug af alkohol	10	2.900	13	17 [#]
Usundt kostmønster	22 *	6.700	19	18
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	37 *	11.300	39	39
Moderat overvægt	33	10.100	30	30
Svær overvægt	25 *	7.700	24	23
Svage sociale relationer	47 *	14.300	46	49

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

14.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere med et storforbrug af alkohol, som er motiverede for adfærdsændring, større blandt borgere med svær psykisk lidelse sammenlignet med borgere med et storforbrug af alkohol i regionen som helhed (Tabel 14.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Hvor 56 % af borgere med svær psykisk lidelse, som har et storforbrug af alkohol, ønsker at nedsætte alkoholforbruget, svarende til 1.600 personer, gælder det 35 % blandt borgere med storforbrug af alkohol i regionen som helhed (Tabel 14.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som er motiveret for adfærdsændring, højt blandt borgere med svær psykisk lidelse, hvad angår rygning, storforbrug af alkohol og usundt kostmønster.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med svær psykisk lidelse ses der stigninger i andelen af rygere, som ønsker rygestop fra 61 % i 2010 til 72 % i 2017 og i andelen af borgere med lav fysisk aktivitet, som ønsker at være mere fysisk aktive, fra 57 % i 2010 til 66 % i 2017 (Tabel 14.6). I regionen som helhed ses der fra 2010 til 2017 omvendt et fald i andelen af rygere, som gerne vil holde op med at ryge, og ingen ændring i andelen, som gerne være mere fysisk aktiv, blandt borgere med lav fysisk aktivitet (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 14.6 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med svær psykisk lidelse med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	72	9.600	73	61 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	56 [*]	1.600	-	54
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	67	4.400	64	68
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	66	7.200	59	57 [#]
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	81	8.100	78	81
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	93	7.200	92	94

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

14.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har fået information om hjælp til adfærdsændring og taget imod tilbud om hjælp, væsentligt større blandt borgere med svær psykisk lidelse med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 14.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed kan foretages ud fra tilsvarende tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som har fået information om hjælp til adfærdsændring og andelen som har taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring, generelt højt blandt borgere med svær psykisk lidelse og uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med svær psykisk lidelse, som har taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring, blandt overvægtige borgere fra 31 % i 2013 til 21 % i 2017. Herudover ses ingen andre statistisk signifikante ændringer i perioden (Tabel 14.7). I regionen som helhed ses fra 2013 til 2017 også et fald i andelen af overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 14.7 Borgere med svær psykisk lidelse med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	51*	6.500	55
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	13*	1.600	16
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	41*	1.200	-
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	14*	400	-
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	28*	1.800	27
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	7*	500	12
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	31*	3.200	27
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	17*	1.800	20
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	37*	6.200	44
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	21*	3.600	31 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

14.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Mange borgere med svær psykisk lidelse (92,2 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 45,6 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 14.8). Borgere med svær psykisk lidelse med mindst én kontakt til henholdsvis almen praksis eller speciallægepraksis har i gennemsnit 14,1 og 6,2 kontakter hertil i 2015. Blandt borgere med svær psykisk lidelse er andelen med kontakt til almen praksis og speciallægepraksis i den lave ende, mens det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis er i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med svær psykisk lidelse er andelen med somatiske kontakter generelt lille i forhold til andelen blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Henholdsvis 27,4 % og 20,6 % af borgere med svær psykisk lidelse har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 39,2 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Op imod 6 % af borgere med svær psykisk lidelse har mindst én planlagt indlæggelse eller én genindlæggelse, mens op imod 13 % har mindst én forebyggelig indlæggelse i 2015. Andelen med mindst én forebyggelige indlæggelse er dermed i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter blandt borgere med svær psykisk lidelse med mindst én kontakt ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har omkring 5 kontakter i 2015. Antallet af planlagte ambulante besøg er i den lave ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Blandt borgere med svær psykisk lidelse er andelen med en psykiatrisk kontakt generelt stor i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme. I alt har henholdsvis 12,2 % og 35,1 % af borgere med svær psykisk lidelse mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, mens henholdsvis 10,8 % og 3,1 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter blandt borgere med svær psykisk lidelse med mindst

én kontakt ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har mere end 14 kontakter. Antallet af psykiatriske ambulatoriebesøg er i den høje ende i forhold til de fleste andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis steget fra 91,2 % til 92,2 % blandt borgere med svær psykisk lidelse, mens andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis er steget fra 42,0 % til 45,6 % (Tabel 14.8). Disse stigninger er store i forhold til tilsvarende ændringer blandt borgere med andre kroniske sygdomme. I samme periode er der sket et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter blandt borgere med mindst én kontakt til almen praksis, mens det er uændret for kontakter til speciallægepraksis.

For somatiske kontakter ses en stigning i andelen af borgere med mindst ét planlagt ambulante besøg og mindst én genindlæggelse. Der ses dog et lille fald i det gennemsnitlige antal ambulante besøg, mens der omvendt ses en lille stigning i det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt borgere med mindst én akut indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse.

For psykiatriske kontakter ses fra 2007 til 2015 et lille fald fra 12,7 % i 2007 til 12,2 % i 2015 i andelen af borgere med svær psykisk lidelse med mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue. Omvendt ses en stigning fra 30,7 % til 35,1 % i andelen med mindst ét ambulatoriebesøg og en stigning fra 2,8 % i 2007 til 3,1 % i 2015 i andelen med mindst én genindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Andelen med mindst én indlæggelse på psykiatrisk afdeling er uændret i perioden. Der ses et fald i det gennemsnitlige antal kontakter med mindst én kontakt til psykiatrisk ambulatorium, men en stigning blandt borgere med mindst én indlæggelse eller genindlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Tabel 14.8 Borgere med svær psykisk lidelse med mindst én kontakt til sundhedsvæsenet. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	92,2	14,1	546.400	91,7 [#]	13,8 [#]	91,2 [#]	15,1 [#]
Speciallægepraksis	45,6	6,2	118.900	45,8	6,6 [#]	42,0 [#]	6,2
Somatiske kontakter			.				
Akutte ambulante besøg*	27,4	1,9	21.400	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	20,6	1,9	16.700	20,9	1,9	20,5	1,8 [#]
Planlagte ambulante besøg	39,2	5,1	84.600	38,6 [#]	5,1	36,6 [#]	5,4 [#]
Planlagte indlæggelser	5,6	1,4	3.200	5,0 [#]	1,4	5,5	1,3
Genindlæggelser	5,7	2,1	5.100	5,4 [#]	2,1	5,2 [#]	1,8 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	12,8	1,4	1.800	12,4	1,4	12,3	1,3 [#]
Psykiatriske kontakter			.				
Psykiatrisk skadestue	12,2	2,6	13.500	12,8 [#]	2,7	12,7 [#]	2,7
Ambulatoriebesøg	35,1	14,7	217.300	33,1 [#]	14,7	30,7 [#]	15,8 [#]
Indlæggelser	10,8	2,2	9.900	11,2 [#]	2,2	10,5	1,9 [#]
Genindlæggelser	3,1	2,6	3.400	3,2	2,7	2,8 [#]	2,2 [#]

Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med svær psykisk lidelse er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 3,9 dage i 2015 og 6,0 dage i 2007 (Tabel 14.9). For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,4 dage i 2015 og 4,7 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid

24,5 dage i 2015 og 43 dage i 2007. Blandt borgere med svær psykisk lidelse er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både akutte og planlagte somatiske indlæggelser i den lave ende i modsætning til psykiatriske indlæggelser, som er i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 14.9 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med svær psykisk lidelse

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	3,9	4,3	6,0
Planlagt somatisk indlæggelse	3,4	3,1	4,7
Psykiatrisk indlæggelse	24,5	23,3	43,0

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

14.8 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med svær psykisk lidelse udgør 3.207 mio. kr., svarende til 76.200 kr. pr. person i 2015 (Tabel 14.10). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 2.609 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 562 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses - forventeligt, men i modsætning til alle andre sygdomme i denne rapport - i den psykiatriske hospitalssektor, som udgør cirka 60 % (1.913 mio. kr.) af de

samlede totale behandlingsudgifter for borgere med svær psykisk lidelse. Regionale og kommunale behandlingsudgifter til den somatiske hospitalssektor udgør kun 30 % (959 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter. Svær psykisk lidelse er således den af de sygdomme, der beskrives i denne rapport, som har de laveste totale behandlingsudgifter til den somatiske hospitalssektor. Men omvendt er det også den sygdom, hvor de samlede gennemsnitlige udgifter pr. person er størst.

Tabel 14.10 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med svær psykisk lidelse i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelser) ¹	Hospitalssektor (somatik) ²	Hospitalssektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	154	712	1.637	105	2.609
Pr. person (kr.)	3.700	16.900	38.900	2.500	62.000
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	32	247	276	7	562
Pr. person (kr.)	800	5.900	6.600	200	13.400
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	186	959	1.913	149	3.207
Pr. person (kr.)	4.400	22.800	45.500	3.500	76.200

1 Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

2 Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

3 Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

4 Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

14.9 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11].
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Regeringens Udvalg om Psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.

(3) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(4) Psykiatrifonden. Skizofreni [citeret 2017 06-07].
<http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/skizofreni-og-andre-psykososer/skizofreni.aspx>.



Kapitel 15

Demens



15 Demens

- Forekomsten af demens blandt borgere på 65 år eller derover, er faldet fra 4,1 % i 2007 til 3,6 % i 2016. I 2015 var der 2.700 nye tilfælde af demens. Andelen af nye tilfælde er faldet fra 1,2 % i 2007 til 1,0 % i 2015
- Omkring tre ud af fire borgere med demens har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme. Svær psykisk lidelse og hjertesygdom er de hyppigst forekommende samtidige kroniske sygdomme og ses hos mere end hver femte borger med demens
- Andelen af borgere med demens med kontakt til almen praksis og den somatiske og psykiatriske hospitalssektor er generelt stor, mens andelen med kontakt til speciallægepraksis er lille
- De samlede behandlingsudgifter for borgere med demens udgør 482 mio. kr., svarende til 45.600 kr. pr. person i 2015

Demens er en fællesbetegnelse for en række degenerative lidelser i hjernen, som kendetegnes ved nedsat hukommelse, svækkelse af kognitive funktioner som f.eks. intelligens, personlighed og følelsesliv samt svigtende funktionsevne i dagligdagen (1, 2). Hvert år rammes næsten 8.000 danskerne af demens, og det anslås, at cirka 32.000 danskere lever med en diagnosticeret demenssygdom (2, 3). Samtidigt skønnes det, at mange lever med udiagnosticeret demens, og at den reelle forekomst i Danmark nærmere er omkring 80.000 personer (3, 4). Forekomsten af demens stiger kraftigt med stigende alder og kan derfor forventes at stige i takt med, at vi lever længere end tidligere (1). Demens rammer hyppigere kvinder, også når der tages højde for, at kvinder lever længere end mænd (1).

Alzheimers er den hyppigste demenssygdom og udgør 60-70 % af den samlede demensforekomst (1, 2). Andre demenssygdomme omfatter vaskulær demens, demens med Lewy Body, demens ved Picks sygdom (frontotemporal demens) og den sjældne Creutzfeldt-Jakobs sygdom, som udvikler sig hurtigt og oftest medfører død inden for det første år (1-3).

Alder er den vigtigste risikofaktor for demens sammen med arvelige faktorer (1, 2). Herudover er der fundet sammenhæng mellem kendte risikofaktorer for hjertesygdom og udvikling af demens. Det gælder faktorer som rygning, forhøjet blodtryk og kolesterol, diabetes, fysisk inaktivitet, usund kost og alkohol (2, 3).

Demens resulterer årligt i cirka 1.300 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (2).

Borgere med demens har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden demens. På landsplan koster demens 780 mio. kr. i behandling og pleje samt 630 mio. kr. i tabt produktion (2).

Risikoen for demens kan nedsættes gennem en sund livsstil uden tobak, med sund kost, bevægelse, et fornuftigt alkoholforbrug, ved at holde styr på blodtryk og kolesterol samt ved at holde hjernen aktiv hele livet og være social (3). Der findes endnu ikke en behandling, som kan stoppe udviklingen af demens. Behandling af demens består derfor i at organisere hjælp og omsorg og skabe bedst mulig livskvalitet for borgeren (1). Borgere med demens mister gradvist evnen til at tage vare på dem selv og deres sygdom, og vil derfor i høj grad være afhængige af hjælp fra andre – især pårørende (1). Region Hovedstaden har udarbejdet et forløbsprogram for demens, som beskriver den samlede tværfaglige og koordinerede sundhedsfaglige og sociale indsats for borgere med demens (5). Samtidig har Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdet en national handlingsplan for demens (4).

Forekomsten af demens afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med demens identificeret via Landspatientregisteret (LPR), Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemedeldatabasen. Demens opgøres i denne rapport kun for borgere over 65 år, da demenssygdomme er sjældne blandt yngre borgere. Se Tabel 15.1 for definitionen af demens i denne rapport.

Tabel 15.1 Definition af borgere med demens

Alle borgere, på mindst 65 år, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a og/eller mindst én LPR-PSYK-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller som i løbet af de foregående fem år har indløst mindst én recept med ATC-koder blandt nedenstående^b.

- ICD10-koder fra LPR og LPR-PSYK:
 - F00, G30, F01, F02.0, F03.9, G31.0B, G31.8E, G31.9, G31.0B (Demens ved Alzheimers eller Picks sygdom, Alzheimers sygdom, Picks sygdom, Lewy body sygdom, vaskulær demens, demens uden andre symptomer, hjernebarksdegeneration, degenerativ sygdom i nervesystemet)
- ATC koder fra Lægemedeldatabasen:
 - N06D (Midler mod demens)

^a Med LPR og LPR-PSYK-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulans forløb på hhv. somatisk eller psykiatrisk afdeling (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt

^b Borgeren skal have den angivne alder (mindst 65 år) på dato for kontakt i LPR hhv. dato for den sidste receptudlevering så kriteriet er opfyldt

15.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2016 har 3,6 % af borgerne i Region Hovedstaden på 65 år eller derover demens, svarende til 10.600 personer (Tabel 15.2). I løbet af 2015 har 1,0 % af borgerne på 65 år eller derover, svarende til 2.700 personer, fået konstateret demens.

Køn: Forekomsten af demens og andelen af borgere, som har fået konstateret demens i løbet af 2015, er større blandt kvinder end blandt mænd.

Alder: Forekomsten af demens er mere end fem gange større blandt borgere på 80 år eller derover sammenlignet med de 65-79 årige. Det samme gælder andelen af borgere, som har fået konstateret demens i løbet af 2015.

Uddannelse blandt 65-85 årige: Der ses en tendens til at forekomsten af demens falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af demens er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret demens i løbet af 2015.

Samlivsstatus: Forekomsten af demens og andelen af borgere, som har fået konstateret demens i løbet af 2015, er mere end tre gange så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.









































Etnisk baggrund: Forekomsten af demens og andelen, som har fået konstateret demens i løbet af 2015, er størst blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af demens varierer fra 3,0 % i planlægningsområde Nord til 4,2 % i planlægningsområde Byen. Andelen af nye tilfælde af demens i 2015 varierer fra 0,8 % i planlægningsområde Nord til 1,2 % i planlægningsområde Byen.

Udvikling i forekomst af demens 2007-2016: Forekomsten af demens blandt borgere på 65 år eller derover er faldet fra 4,1 % i 2007 til 3,7 % i 2013 og til 3,6 % i 2016 i regionen som helhed (Tabel 15.2). Dette fald gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere med gymnasial uddannelse, blandt kvinder og blandt borgere med anden vestlig baggrund. Omvendt ses en stigning blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Fra 2007 til 2016 ses et fald i forekomsten af demens i planlægningsområderne Syd, Byen og Midt, med det største fald i planlægningsområde Syd. Omvendt ses der næsten en fordobling i andelen af borgere med demens på Bornholm. I planlægningsområde Nord er forekomsten uændret fra 2007 til 2016.

Udvikling i nye sygdomstilfælde det seneste år 2007-2015: Andelen af borgere på 65 år eller derover, som har fået konstateret demens i løbet af det seneste år, er faldet fra 1,2 % i 2007 til 1,0 % i 2013 og er uændret fra 2013 til 2015 i regionen som helhed (Tabel 15.2). Dette fald fra 2007 til 2015 gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald i andelen af borgere, som har fået konstateret demens det seneste år, ses blandt borgere med gymnasial uddannelse. Fra 2007 til 2015 ses et fald i andelen af nye tilfælde af demens i planlægningsområde Midt, Syd og Byen, mens der ses en fordobling i andelen af nye tilfælde af demens på Bornholm. Andelen af nye tilfælde af demens det seneste år er uændret i planlægningsområde Nord fra 2007 til 2015.

Table 15.2 Borgere på 65 år eller derover med demens 1. januar 2016, 2013 og 2007 og borgere på 65 år eller derover, som har fået konstateret demens i løbet af 2015, 2013 og 2007

	Prævalens			Incidens				
	2016 %	Personer	2013 %	2007 %	2015 %	Personer	2013 %	2007 %
Region Hovedstaden	3,6 	10.600	3,7#	4,1#	1,0 	2.700	1,0	1,2#
Køn								
Mand	3,0 	3.900	2,9	3,2#	0,8 	1.000	0,8	1,0#
Kvinde	4,0 	6.800	4,3#	4,8#	1,1 	1.700	1,1	1,3#
Alder								
65-79 år	1,7 	3.900	1,7	1,9#	0,5 	1.100	0,5	0,6#
80+ år	9,8 	6.800	10,0	9,8	2,6 	1.600	2,6	2,9#
Uddannelse (65-85 årige)								
Grundskole	3,3 	2.400	3,3	3,7#	0,9 	700	0,9	1,1#
Gymnasial	1,8 	200	2,1	2,8#	0,4 	0	0,6	0,9#
Erhvervsfaglig	2,5 	2.500	2,3#	2,7#	0,7 	700	0,7	0,9#
Kort og mellemlang videreg.	2,0 	1.100	2,0	2,3#	0,6 	300	0,6	0,7
Lang videregående	1,8 	400	1,8	2,2#	0,5 	100	0,5	0,6
Samlivsstatus								
Enlig	5,6 	7.800	5,8#	6,2#	1,3 	1.700	1,3	1,6#
Samlevende	1,8 	2.800	1,6#	1,9#	0,6 	1.000	0,6	0,8#
Etnisk baggrund								
Danmark	3,6 	9.900	3,7	4,2#	1,0 	2.500	1,0	1,2#
Andre vestlige lande	3,4 	400	3,7	4,2#	0,9 	100	0,9	1,1
Ikke-vestlige lande	2,4 	300	2,3	1,8#	0,7 	100	0,7	0,6
Planlægningsområder								
Nord	3,0 	2.100	2,8#	2,9	0,8 	500	0,9	0,8
Midt	3,6 	3.100	3,6	3,8#	0,9 	700	0,8	1,2#
Syd	3,6 	2.700	3,9#	5,0#	1,0 	700	1,0	1,3#
Byen	4,2 	2.300	4,5#	5,1#	1,2 	600	1,2	1,6#
Bornholm	3,5 	400	3,0#	1,8#	1,0 	100	1,0	0,5#

#Statistisk signifikant forskellig fra 2016 for prævalens og fra 2015 for incidens

15.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med demens på 65 år eller derover har næsten tre ud af fire samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 15.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med demens, er: Svær psykisk lidelse og hjertesygdom, som begge ses hos mere end en femtedel af borgere med demens, samt apopleksi, knogleskørhed og diabetes.

Forekomsten af én eller flere samtidige kroniske sygdomme, blandt borgere med demens på 65 år eller derover, er faldet fra 75,7 % i 2007 til 74,3 % i 2016. Faldet gør sig især gældende for svær psykisk lidelse. Der ses dog også et fald i forekomsten af hjertesygdom og apopleksi blandt borgere med demens. Omvendt ses en stigning i forekomsten af knogleskørhed og en mindre stigning i forekomsten af diabetes blandt borgere med demens.

Tabel 15.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere på 65 år eller derover med demens

	2016 %	Personer	2013 %	2007 %
Med komorbiditet**	74,3	7.900	75,2	75,7 [#]
Svær psykisk lidelse	22,5	2.400	23,9 [#]	28,9 [#]
Hjertesygdom	22,3	2.400	23,4 [#]	26,3 [#]
Apopleksi	19,1	2.000	21,1 [#]	22,2 [#]
Knogleskørhed	17,0	1.800	16,2	11,0 [#]
Diabetes	15,7	1.700	14,0 [#]	12,3 [#]

[#] Statistisk signifikant forskellig fra 2016

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med demens. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 74,3 %

15.3 Kontakt til sundhedsvæsenet

Stort set alle borgere med demens (98,8 %) har kontakt (inkl. telefonkontakt og e-mailkorrespondance) til almen praksis i 2015, mens 29,1 % har kontakt til speciallægepraksis (Tabel 15.4). Borgere med mindst én kontakt til hhv. almen praksis eller speciallægepraksis, har i gennemsnit 19,8 og 3,2 kontakter hertil i 2015. Både andel og gennemsnitligt antal kontakter til almen praksis er generelt højt i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, mens det omvendte gør sig gældende for kontakter til speciallægepraksis.

Henholdsvis 32,5 % og 39,5 % af borgere med demens har mindst ét akut ambulante besøg eller én akut indlæggelse i 2015, og 49,8 % har mindst ét planlagt ambulante besøg. Op imod 16 % har mindst én genindlæggelse eller én forebyggelig indlæggelse i 2015, hvilket er en stor andel i forhold til andre sygdomme, mens kun 4,3 % har mindst én planlagt indlæggelse. Det største gennemsnitlige antal somatiske kontakter, blandt borgere med demens med mindst én kontakt, ses for planlagte ambulante besøg, hvor hver person i gennemsnit har omkring 4 kontakter. Dette antal er dog lavt i forhold til andre kroniske sygdomme.

En mindre andel af borgere med demens har kontakt til psykiatrien i 2015. I alt har hhv. 1,6 % og 12,7 % af borgere med demens mindst én kontakt til psykiatrisk skadestue eller psykiatrisk ambulatorie, hvilket er en stor andel i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, mens hhv. 1,6 % og

0,2 % har mindst én psykiatrisk indlæggelse eller genindlæggelse. Det største gennemsnitlige antal psykiatriske kontakter, blandt borgere med demens med mindst én kontakt, ses for psykiatriske ambulatoriebesøg, hvor hver person i gennemsnit har omkring 4 kontakter. Dette er dog et lille antal i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i kontakter 2007-2015: Fra 2007 til 2015 er andelen med mindst én årlig kontakt til almen praksis steget fra 98,0 % til 98,8 % blandt borgere med demens. Derimod er andelen med mindst én årlig kontakt til speciallægepraksis uændret (Tabel 15.4). Dette er i modsætning til borgere med andre kroniske sygdomme, hvor der har været en stigning i andelen med kontakt til speciallægepraksis. I samme periode er der sket en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis og et lille fald i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis.

For somatiske kontakter ses en stigning i andelen af borgere med mindst én årlig akut indlæggelse, ét årligt planlagt ambulante besøg, én planlagt indlæggelse eller én genindlæggelse. Disse stigninger er generelt store sammenlignet med ændringerne blandt borgere med andre kroniske sygdomme. Blandt borgere med én årlig akut indlæggelse, genindlæggelse eller forebyggelig indlæggelse ses ligeledes en lille stigning i det gennemsnitlige antal kontakter.

For psykiatriske kontakter for borgere med demens ses fra 2007 til 2015 et fald fra 16,1 % til 12,7 % i andelen med mindst ét ambulatoriebesøg, mens der omvendt ses en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter (Tabel 15.4). Der ses desuden et fald i andelen med mindst én indlæggelse fra 2,3 % i 2007

til 1,6 % i 2015 og et fald i andelen med genindlæggelse på psykiatrisk afdeling fra 0,5 % i 2007 til 0,2 % i 2015. Det gennemsnitlige antal kontakter blandt disse borgere er også faldet.

Tabel 15.4 Borgere med demens med mindst én kontakt. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2015, 2013 og 2007

	2015			2013		2007	
	%	Antal kontakter per person	Antal kontakter i alt	%	Antal kontakter per person	%	Antal kontakter per person
Almen praksis	98,8	19,8	207.100	98,6	18,0 [#]	98,0 [#]	16,1 [#]
Speciallægepraksis	29,1	3,2	9.900	29,4	3,6 [#]	28,8	3,7 [#]
Somatiske kontakter							
Akutte ambulante besøg*	32,5	1,8	6.000	-	-	-	-
Akutte indlæggelser	39,5	1,8	7.500	38,6	1,7 [#]	36,8 [#]	1,7 [#]
Planlagte ambulante besøg	49,8	4,3	22.500	49,8	4,5	44,0 [#]	4,0
Planlagte indlæggelser	4,4	1,2	500	3,7 [#]	1,2	3,8 [#]	1,3
Genindlæggelser	11,5	1,7	2.000	10,0 [#]	1,6	9,1 [#]	1,5 [#]
Forebyggelige indlæggelser**	16,0	1,3	2.200	15,0	1,3	15,6	1,2 [#]
Psykiatriske kontakter							
Psykiatrisk skadestue	1,6	1,6	300	1,7	1,5	1,9	1,6
Ambulatoriebesøg	12,7	4,4	5.900	13,2	4,2	16,1 [#]	2,9 [#]
Indlæggelser	1,6	1,3	200	1,8	1,3	2,3 [#]	1,5 [#]
Genindlæggelser	0,2	1,2	0	0,3	1,3	0,5 [#]	2,2 [#]

Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Statistisk signifikant forskellig fra 2015

* Akutte ambulante besøg er ikke vist for 2013 og 2007 grundet ændringer i registreringspraksis

**Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Indlæggelsestid: Blandt indlagte borgere med demens er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser 4,9 dage i 2015 og 8,4 dage i 2007. For planlagte somatiske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 3,8 dage i 2015 og 5,0 dage i 2007. For psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid 24,5 dage i 2015 og 41,2 dage i 2007 (Tabel 15.5).

Blandt borgere med demens er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved både planlagte somatiske indlæggelser samt psykiatriske indlæggelser i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Tabel 15.5 Gennemsnitlig indlæggelsestid i 2015, 2013 og 2007 blandt indlagte borgere med demens

	2015 Dage	2013 Dage	2007 Dage
Akut somatisk indlæggelse	4,9	5,6	8,4
Planlagt somatisk indlæggelse	3,8	3,9	5,0
Psykiatrisk indlæggelse	24,5	24,6	41,2

Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

Det er ikke testet om gennemsnitlig indlæggelsestid i 2013 og 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

15.4 Behandlingsudgifter

De samlede totale behandlingsudgifter for borgere med demens udgør i 2015 482 mio. kr., svarende til 45.600 kr. pr. person (Tabel 15.6). Heraf udgør de samlede regionale behandlingsudgifter 362 mio. kr., mens den samlede kommunale medfinansiering for de 29 kommuner udgør 111 mio. kr. Den største behandlingsudgift regionalt og kommunalt ses i den somatiske hospitalssektor, som udgør cirka 75 % (362 mio. kr.) af de samlede totale behandlingsudgifter for borgere

med demens. I forhold til andre kroniske sygdomme ligger demens lavt med hensyn til de samlede totale udgifter og totale udgifter i praksissektoren, den somatiske og psykiatriske hospitalssektor og for medicinudgifter. Omvendt ligger demens i den høje ende i den psykiatriske hospitalssektor med hensyn til de gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. person forhold til andre kroniske sygdomme.

Tabel 15.6 Behandlingsudgifter i 2015 blandt borgere med demens i Region Hovedstaden

	Praksissektor (sygesikrings- ydelse) ¹	Hospitals- sektor (somatik) ²	Hospitals- sektor (psykiatri) ³	Medicin- udgifter ⁴	Samlede behandlings- udgifter
Regionale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	45	264	35	18	362
Pr. person (kr.)	4.300	25.000	3.300	1.700	34.200
Kommunal medfinansiering					
Total (mio. kr.)	4	98	7	2	111
Pr. person (kr.)	400	9.300	700	200	10.500
Totale behandlingsudgifter					
Total (mio. kr.)	49	362	42	28	482
Pr. person (kr.)	4.700	34.200	4.000	2.700	45.600

Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

¹ Udgifter til ydelser i almen praksis, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge

² Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. akut og planlagt ambulante) og genoptræning

³ Udgifter til indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg

⁴ Udgifter til medicin købt på recept i 2015. Regionale udgifter omfatter tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris. Kommunal medfinansiering omfatter tilskud, som gives pga. sociale forhold. Totale udgifter inkluderer yderligere borgernes egenbetaling af medicin, hvorfor dette tal er større end summen af regionale behandlingsudgifter og kommunal medfinansiering

15.5 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(2) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(3) Nationalt Videnscenter for Demens. Viden om demens [citeret 2017 20-11]. <http://www.videnscenterfordemens.dk/>.

(4) Sundheds- og Ældreministeriet. Et trygt og værdigt liv med Demens - National Demenshandleplan 2025. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2017.

(5) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for Demens. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2010.



Kapitel 16

Slidgigt



16 Slidgigt

- Forekomsten af slidgigt er uændret 17,7 % fra 2010 til 2017
- Lidt under halvdelen af borgere med slidgigt har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL og/eller diabetes
- Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er 33 % og dårligt fysisk helbred 28 % blandt borgere med slidgigt
- Forekomsten af svær overvægt er steget fra 20 % i 2010 til 23 % i 2017 blandt borgere med slidgigt

Slidgigt – også kaldet artrose, er en samlebetegnelse for de ledsygdomme, som kendetegnes ved en svigtende ledfunktion, fordi brusken i leddet og knoglerne omkring leddet gradvist nedbrydes (1, 2). Symptomer på slidgigt er smerter, ømme og stive led samt knasen og skurren i leddene (2, 3). Sygdommen kan være mild og stort set ikke påvirke borgerens dagligdag, eller den kan være svær og påvirke funktionsevne, bevægelighed, arbejdssevne og livskvalitet (3).

Slidgigt udvikles langsomt over 10-15 år, og der ses en stigende forekomst med stigende alder (3). Slidgigt kan ramme alle led, men ses hyppigst i knæ, hofter, fingerled og storetåen (2). Slidgigt er en af de hyppigst forekommende kroniske sygdomme i Danmark, og ifølge data fra den Nationale Sundhedsprofil 2010 skønnes det, at 800.000 danskerne har slidgigt (3). Det forventes, at den stigende andel af ældre, overvægtige og fysisk inaktive borgere vil medføre en stigning i andelen af borgere med slidgigt i de kommende år (3).

En lang række faktorer påvirker udviklingen af slidgigt; alder, arvelige faktorer, overvægt, fysisk inaktivitet, tidligere skader (eks. knoglebrud eller skader på ledbånd), muskelsvaghed samt langvarig og kraftig belastning af bestemte led (3).

Slidgigt er ikke en direkte årsag til dødsfald, men borgere med slidgigt har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden slidgigt. På landsplan koster slidgigt årligt 2.440 mio. kr. i behandling og pleje samt 2.170 mio. kr. i tabt produktion (3). Bl.a. udgør sygedage blandt borgere med slidgigt 12 % af alle sygedage, ligesom borgere med slidgigt udgør 17 % af alle besøg hos kiropraktorer og fysioterapeuter (3).

Forebyggelse af slidgigt omfatter en generel sund livsstil med bevægelse, sund kost og normal vægt (2). Slidgigt kan ikke helbredes, men smerter og besvær kan lindres, og forværring kan forsinkes ved hjælp af træning, vægttab og smertestillende medicin (2). I svære tilfælde kan et operativt indgreb med indsættelse af et kunstigt led være nødvendigt i behandlingen.

Forekomsten af slidgigt afhænger af, hvordan sygdommen defineres. Da de fleste borgere med slidgigt diagnosticeres og behandles i almen praksis, og da den medicinske behandling, som de eventuelt modtager, ikke udelukkende anvendes til slidgigt, kan man ikke anvende registerdata til definition af slidgigt. I denne rapport er borgere med slidgigt derfor identificeret via spørgeskemadata. Se Tabel 16.1 for definitionen af slidgigt i denne rapport.

Tabel 16.1 Definition af borgere med slidgigt

Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010, 2013 eller 2017, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for "Slidgigt" har svaret "Ja, det har jeg nu" eller har svaret "Ja, det har jeg haft tidligere" og har svaret "Ja" til at de stadig har eftervirkninger. Der foreligger ikke data for en sammenlignelig population fra 2007 på grund af aldersafgrænsning, hvorfor der ikke vises data om slidgigt for 2007.

16.1 Forekomst og nye sygdomstilfælde

Regionsniveau: I 2017 har 17,7 % af borgerne i Region Hovedstaden slidgigt, svarende til 253.700 personer (Tabel 16.2).

Køn: Forekomsten af slidgigt er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Forekomsten af slidgigt stiger markant med stigende alder fra 0,9 % blandt de 16-24 årige til 51,9 % blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af slidgigt falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten af slidgigt er således tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af slidgigt varierer meget alt efter borgernes erhvervstilknytning. Andelen med slidgigt er mere end tre gange større blandt pensionister og førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse og er også høj blandt langtidssyge borgere.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af slidgigt er større blandt enlige sammenlignet med samboende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af slidgigt er større blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig eller anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder: Forekomsten af slidgigt varierer fra 12,9 % i planlægningsområde Byen til 27,7 % på Bornholm, hvor forekomsten således er mere end dobbelt så høj. Forekomsten af slidgigt er dog også høj i planlægningsområde Nord.

Udvikling i forekomst af slidgigt 2010-2017: Forekomsten af slidgigt er uændret fra 2010 til 2013 og til 2017, hvor forekomsten er 17,7 % blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 16.2). I de fleste sociodemografiske grupper er forekomsten af slidgigt ligeledes uændret fra 2010 til 2017. Dog ses ændringer i enkelte grupper, hvoraf den største ændring ses blandt borgere med anden vestlig baggrund, hvor der ses et fald fra 17,8 % i 2010 til 12,7 % i 2017. I modsætning hertil ses den største stigning i forekomsten af slidgigt blandt borgere med erhvervsfaglig samt med kort og mellemlang videregående uddannelse. I de fleste planlægningsområder er forekomsten af slidgigt uændret fra 2010 til 2017, dog ses et fald i forekomsten af slidgigt i planlægningsområde Byen, mens der omvendt ses en stigning i planlægningsområde Nord.

Table 16.2 Borgere med slidgigt 1. januar 2017, 2013 og 2010

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	17,7	253.700	17,5	18,0
Køn				
Mand	14,2	99.200	14,1	14,2
Kvinde	20,9	154.500	20,6	21,6
Alder				
16-24 år	0,9	1.800	0,8	1,0
25-34 år	2,3	6.100	2,3	1,9
35-44 år	6,3	15.400	6,6	6,7
45-54 år	17,3	42.100	18,1	18,4
55-64 år	33,1	62.900	32,1	33,8
65-79 år	41,7	92.500	40,4	43,6 [#]
80+ år	51,9	32.900	53,7	54,5
Uddannelse (16-85 årige)				
Under uddannelse	1,9	4.300	1,8	1,4 [#]
Grundskole	30,2	66.300	31,6	30,8
Gymnasial	11,0	9.900	10,4	9,8
Erhvervsfaglig	25,9	83.700	24,1 [#]	24,0 [#]
Kort og mellemlang videreg.	19,2	49.800	18,0 [#]	16,8 [#]
Lang videregående	9,9	18.300	9,3	9,1
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	12,2	93.300	11,2 [#]	11,1 [#]
Arbejdsløs	14,5	2.900	15,2	12,0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	28,1	16.500	25,4	26,7
Førtidspensionist	41,7	15.000	43,0	45,0
Pensionist	45,3	118.000	43,8	45,8
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	23,8	115.300	24,7	25,3 [#]
Samlevende	18,4	136.500	17,4 [#]	18,0
Etnisk baggrund				
Danmark	18,9	218.800	18,1 [#]	18,5
Andre vestlige lande	12,7	14.900	15,3 [#]	17,8 [#]
Ikke-vestlige lande	12,5	19.900	12,9	13,0
Planlægningsområder				
Nord	23,5	59.300	21,1 [#]	21,0 [#]
Midt	18,8	66.300	18,0	18,8
Syd	16,7	70.300	17,2	17,2
Byen	12,9	48.600	13,7	15,1 [#]
Bornholm	27,7	9.100	27,9	27,0

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

16.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med slidgigt har lidt under halvdelen samtidig én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 16.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med slidgigt, er: KOL, diabetes, hjertesygdom, langvarig depression og knogleskørhed.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt er uændret fra 2010 til 2017. Der ses dog en stigning i forekomsten af KOL, diabetes og langvarig depression fra 2010 til 2017 samt et fald i forekomsten af hjertesygdom fra 2013 til 2017 blandt borgere med slidgigt.

Tabel 16.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Med komorbiditet**	47,4	119.200	47,6	46,1
KOL	10,3	26.000	10,5	9,0 [#]
Diabetes	10,2	25.700	10,1	8,8 [#]
Hjertesygdom	9,2	23.000	10,3 [#]	9,8
Langvarig depression	8,7	21.900	9,1	7,8 [#]
Knogleskørhed	6,8	17.000	7,6	6,4

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 47,4 %

16.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med slidgigt væsentligt højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 16.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med dårligt fysisk helbred, der er markant større blandt borgere med slidgigt sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 33 % af borgere med slidgigt et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 84.200 personer, og 28 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 66.800 personer (Tabel 16.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Der er tale om mere end to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt omvendt lavt, hvad angår dårligt mentalt helbred.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med slidgigt ses et fald i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 35 % i 2010 til 33 % i 2017 (Tabel 16.4). Omvendt ses stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred fra 14 % i 2010 til 15 % i 2017, og i andelen med søvnproblemer fra 19 % i 2010 til 21 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses der herudover en stigning i andelen med højt stressniveau, som dermed i 2017 er på samme niveau som i 2010. Til sammenligning ses der i regionen som helhed ingen ændring i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, men i overensstemmelse med udviklingen blandt borgere med slidgigt ses en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred og søvnproblemer fra 2010 til 2017. Yderligere ses også en stigning i andelen med højt stressniveau fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 16.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med slidgigt

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	33 *	84.200	32	35 [#]
Dårligt fysisk helbred	28 *	66.800	28	30
Dårligt mentalt helbred	15 *	36.300	15	14 [#]
Højt stressniveau	31 *	75.000	28 [#]	32
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	21 *	52.900	17 [#]	19 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

16.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med slidgigt højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed, bortset fra rygning, hvor forekomsten er lidt lavere blandt borgere med slidgigt (Tabel 16.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med svær overvægt større blandt borgere med slidgigt sammenlignet med regionen som helhed. Således er 23 % af borgere med slidgigt svært overvægtige, svarende til 55.700 personer (Tabel 16.5), mens det gælder 13 % blandt borgere i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt højt

med hensyn til forekomst af moderat overvægt, men omvendt lavt med hensyn til lav fysisk aktivitet.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med slidgigt ses fald i andelen af rygere fra 25 % i 2010 til 22 % i 2017, og i andelen med et storforbrug af alkohol fra 14 % i 2010 til 10 % i 2017 (Tabel 16.5). Derimod ses stigninger i andelen med usundt kostmønster fra 11 % i 2010 til 14 % i 2017 og i andelen af svært overvægtige fra 20 % i 2010 til 23 % i 2017. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4)

Tabel 16.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med slidgigt

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	22 *	54.500	21	25 [#]
Storforbrug af alkohol	10 *	22.900	11 [#]	14 [#]
Usundt kostmønster	14 *	35.400	12 [#]	11 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	24 *	58.200	23	23
Moderat overvægt	37 *	91.400	37	37
Svær overvægt	23 *	55.700	20 [#]	20 [#]
Svage sociale relationer	25 *	60.800	23	24

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

16.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med slidgigt med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed, bortset fra storforbrug af alkohol hvor andelen er højere blandt borgere med slidgigt (Tabel 16.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). De største forskelle ses for usund kost og lav fysisk aktivitet. Hvor 54 % af borgere med slidgigt med et usundt kostmønster, ønsker at spise sundere, svarende til 18.900 personer, og hvor 62 % af borgere med slidgigt med lav fysisk aktivitet, ønsker at være mere fysisk aktive, svarende til 34.900 personer, gælder dette hhv. 62 % og 72 % af borgere med et hhv. usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i regionen som helhed (Tabel 16.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med slidgigt hverken specielt højt eller lavt med hensyn til motivation for adfærdsændring.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med slidgigt, som er svært overvægtige, er andelen, som gerne vil tabe sig, faldet fra 95 % i 2010 til 92 % i 2017 (Tabel 16.6). Fra 2013 til 2017 ses herudover stigning i andelen af borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget, fra 31 % i 2013 til 38 % i 2017 og i andelen af borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere, fra 46 % i 2013 til 54 % i 2017. I regionen som helhed ses ingen ændring fra 2010 til 2017 i andelen af svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig. Som for slidgigt ses der i regionen som helhed stigning fra 2013 til 2017 i andelen med storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget og i andelen med usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere.

Tabel 16.6 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med slidgigt med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	68*	36.500	69	70
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	38*	8.700	31 [#]	34
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	54*	18.900	46 [#]	50
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	62*	34.900	60	65
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	79*	71.600	80	78
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	92*	51.300	93	95 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

16.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring og *taget imod tilbud om hjælp*, generelt større blandt borgere med slidgigt med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Blandt borgere med et storforbrug af alkohol er andelen, som har *fået information om hjælp* til at nedsætte alkoholforbruget, og andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at nedsætte alkoholforbruget, dog den samme blandt borgere med slidgigt og borgere i regionen som helhed (Tabel 16.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil, ligger andelen blandt borgere med slidgigt, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, lavt, hvad angår storforbrug af alkohol og lav fysisk

aktivitet. Andelen af borgere med slidgigt og uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ligger også i den lave ende, hvad angår rygning, storforbrug af alkohol og usundt kostmønster, i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med slidgigt, som har *fået information om hjælp*, og i andelen, som har *taget imod hjælp*, til adfærdsændring blandt rygere og blandt overvægtige borgere (Tabel 16.7). Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode, bortset fra andelen af rygere, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, som er uændret i regionen som helhed (se tabel i kapitel 4).

Tabel 16.7 Borgere med slidgigt med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som indenfor det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	46*	23.900	52 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	8*	4.400	12 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	21	4.700	23
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	5	1.000	6
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	19*	6.300	20
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	5*	1.900	8
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	21*	11.600	23
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	12*	6.200	12
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	25*	34.600	28 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	13*	17.800	14 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra 2017

[#]Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

16.7 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11].
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

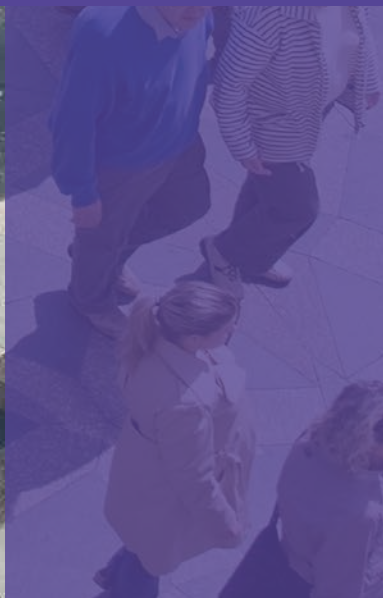
(2) Gigtforeningen. Slidgigt - artrose - årsager, symptomer og behandling [citeret 2017 15-11] <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/slidgigt/>.

(3) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.



Kapitel 17

Rygsygd



17 Rygsygdom

- Forekomsten af rygsygdom er faldet fra 12,7 % i 2010 til 11,5 % i 2017
- 40 % af borgere med rygsygdom har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL
- Forekomsten af søvnproblemer er 24 % blandt borgere med rygsygdom, og der ses en stigning i andelen med søvnproblemer fra 21 % i 2010 til 24 % i 2017
- Forekomsten af rygning og moderat overvægt er henholdsvis 27 % og 37 % blandt borgere med rygsygdom
- Blandt borgere med rygsygdom ses et fald i andelen af rygere fra 32 % i 2010 til 27 % i 2017

Rygsygdom omfatter flere forskellige diagnoser som diskusprolaps, hold i ryggen (lumbago/myoser), skæv ryg, slidgigt i ryggen og andre typer af rygsmerter (1, 2). Det anslås, at 60-80 % af danskerne oplever smerter i ryg eller lænd i løbet af livet (1), og ifølge data fra den Nationale Sundhedsprofil 2010 estimeres det, at 880.000 danskere lever med lænderygsmerter (3). Andelen af danskere med rygsygdomme eller rygsmerter har været stigende de seneste årtier (4).

Rygsygdomme og smerter kan have mange årsager, men hyppige risikofaktorer er vrid i kroppen, stillesiddende arbejde, visse typer af hårdt fysisk arbejde – især i forbindelse med løft – svær overvægt, mangel på fysisk aktivitet samt tidligere rygsygdom eller rygsmerter (3, 4). Rygsygdomme kan udover smerter føre til funktionsnedsættelse og dermed have konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet og borgerens sociale liv (5, 6).

Rygsygdomme er ikke forbundet med øget dødelighed, men har betydelige sundhedsøkonomiske konsekvenser. Det anslås, at næsten 10 % af alle besøg hos praktiserende læge og 30 % af besøg hos fysioterapeut eller kiropraktor skyldes lænderygsmerter (3). Borgere med smerter i lænd og ryg har således

også et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden lænderygsmerter. På landsplan koster lænderygsmerter årligt 1.820 mio. kr. i behandling og pleje samt 4.840 mio. kr. i tabt produktion (3).

Forebyggelse af rygsmerter består primært af regelmæssig fysisk aktivitet og styrketræning samt korrekt teknik ved tunge løft (2). Rygsygdomme og smerter kan behandles og i mange tilfælde kureres, mens det for andre vil udvikle sig til en kronisk tilstand (5, 6). Region Hovedstaden og Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjer for tværsektorielle forløb for borgere med hhv. nyopståede og kroniske lænderygsmerter for at sikre kvalitet i behandling, forebyggelse og rehabilitering (5, 6).

Forekomsten af rygsygdom afhænger af, hvordan sygdommen defineres. Da de fleste borgere med rygsygdom diagnosticeres og behandles i almen praksis, og da den medicinske behandling, som de eventuelt modtager, ikke udelukkende anvendes til rygsygdom, kan man ikke anvende registerdata til definition af rygsygdom. I denne rapport er borgere med rygsygdom derfor identificeret via spørgeskemadata. Se Tabel 17.1 for definitionen af rygsygdom i denne rapport.

Tabel 17.1 Definition af borgere med rygsygdom

Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010, 2013 eller 2017, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for "Diskusprolaps eller andre rygsygdomme" har svaret "Ja, det har jeg nu" eller har svaret "Ja, det har jeg haft tidligere" og har svaret "Ja" til at de stadig har eftervirkninger.

Der foreligger ikke data for en sammenlignelig population fra 2007 på grund af aldersafgrænsning, hvorfor der ikke vises data om rygsygdom for 2007.

17.1 Forekomst af rygsygd

Regionsniveau: I 2017 har 11,5 % af borgerne i Region Hovedstaden rygsygd, svarende til 164.100 personer (Tabel 17.2).

Køn: Der er ingen væsentlig kønsforskel i forekomsten af rygsygd.

Alder: Forekomsten af rygsygd stiger med stigende alder fra 3,1 % blandt de 16-24 årige til 19,2 % blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse blandt de 16-85 årige: Forekomsten af rygsygd falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere med rygsygd er således mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af rygsygd varierer alt efter borgernes erhvervstilknytning. Forekomsten af rygsygd er højest blandt førtidspensionister, men er også høj blandt langtidssyge. Forekomsten er lavest blandt borgere i beskæftigelse, hvor andelen med rygsygd er tre gange lavere end blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Forekomsten af rygsygd er højere blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af rygsygd er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Planområder og Bornholm: Forekomsten af rygsygd varierer fra 9,1 % i planlægningsområde Byen til 18,2 % på Bornholm.

Udvikling i forekomst af rygsygd 2010-2017: Forekomsten af rygsygd er faldet fra 12,7 % i 2010 til 11,5 % i 2017 blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 17.2). Faldet fra 2010 til 2017 gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. De største fald i forekomsten af rygsygd ses blandt førtidspensionister og blandt borgere med anden vestlig baggrund. I planlægningsområderne ses faldet i planlægningsområde Byen. I de øvrige planlægningsområder er forekomsten uændret fra 2010 til 2017.

Tabel 17.2 Borgere med rygsygdom 1. januar 2017, 2013 og 2010

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	11,5	164.100	12,4 [#]	12,7 [#]
Køn				
Mand	11,1	77.000	12,5 [#]	12,4 [#]
Kvinde	11,9	87.100	12,3	13,0 [#]
Alder				
16-24 år	3,1	6.400	4,0 [#]	3,6
25-34 år	5,7	15.300	6,8 [#]	6,7
35-44 år	11,1	26.800	11,1	11,5
45-54 år	14,4	34.600	16,1 [#]	16,5 [#]
55-64 år	18,1	33.700	18,6	18,9
65-79 år	16,3	35.400	16,9	18,6 [#]
80+ år	19,2	11.900	19,1	19,1
Uddannelse (16-85 årige)				
Under uddannelse	4,2	9.200	4,6	4,6
Grundskole	17,9	38.700	19,3	20,2 [#]
Gymnasial	8,2	7.400	11,7 [#]	10,7 [#]
Erhvervsfaglig	15,8	50.200	16,1	15,7
Kort og mellemlang videreg.	11,7	29.900	12,7	11,5
Lang videregående	7,8	14.300	7,6	8,2
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	9,9	75.200	10,8 [#]	10,4
Arbejdsløs	12,4	2.500	16,6	13,5
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	28,3	16.400	27,1	29,4
Førtidspensionist	32,9	11.500	35,8	39,5 [#]
Pensionist	17,4	44.400	17,5	18,4
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	14,1	67.700	15,3 [#]	15,9 [#]
Samlevende	12,3	89.900	12,9	13,1 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	11,6	132.500	12,4 [#]	12,4 [#]
Andre vestlige lande	9,4	10.900	10,7	13,2 [#]
Ikke-vestlige lande	13,0	20.600	14,2	15,1 [#]
Planlægningsområder				
Nord	14,3	35.600	14,3	14,7
Midt	11,4	39.700	12,4 [#]	11,9
Syd	11,8	49.100	12,6	12,5
Byen	9,1	33.900	10,5 [#]	11,8 [#]
Bornholm	18,2	5.800	15,6	17,8

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

17.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med rygsygd har næsten 40 % samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 17.3). De fem kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med rygsygd, er: KOL, langvarig depression, diabetes, hjertesygdom og astma.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med rygsygd er uændret fra 2010 til 2017. Der ses dog en stigning i forekomsten af diabetes fra 2010 til 2017 blandt borgere med rygsygd.

Tabel 17.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med rygsygd

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Med komorbiditet**	39,7	64.200	38,9	38,1
KOL	8,8	14.300	8,9	7,8
Langvarig depression	8,4	13.500	8,2	7,7
Diabetes	8,1	13.100	7,1	6,6 [#]
Hjertesygdom	7,0	11.400	7,7	7,2
Astma	6,5	10.600	6,1	7,0

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med rygsygd. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 39,7 %

17.2 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med rygsygd væsentligt højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 17.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et dårligt fysisk helbred og andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, der er markant større blandt borgere med rygsygd sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 39 % af borgere med rygsygd et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 63.200 personer, og 31 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 48.200 personer (Tabel 17.4). Der er tale om mere end to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed (Tabel 17.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med rygsygd højt med hensyn til andelen, som har søvnproblemer. Herudover ligger borgere med rygsygd

hverken specielt højt eller lavt med hensyn til dårlig fysisk og mental sundhed i forhold til andre kroniske sygdomme.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med rygsygd ses en stigning i andelen med søvnproblemer fra 21 % i 2010 til 24 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses der herudover stigninger i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred og højt stressniveau (Tabel 17.4). Til sammenligning ses der fra 2010 til 2017 i regionen som helhed også en stigning i andelen med søvnproblemer og fra 2013 til 2017 ligeledes stigninger i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau, men ingen ændring i andelen af borgere med dårligt fysisk helbred (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 17.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med rygsygd

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	39 *	63.200	35 [#]	38
Dårligt fysisk helbred	31 *	48.200	28 [#]	30
Dårligt mentalt helbred	19 *	29.200	17	18
Højt stressniveau	38 *	60.400	32 [#]	36
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	24 *	38.300	20 [#]	21 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017








17.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med ryggsygdom højere forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed, bortset fra storforbrug af alkohol, hvor andelen er den samme (Tabel 17.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Især er andelen af borgere med svær overvægt større blandt borgere med ryggsygdom sammenlignet med regionen som helhed. Således er 21 % af borgere med ryggsygdom svært overvægtige, svarende til 33.900 personer (Tabel 17.5), mens andelen med svær overvægt blandt borgere i hele regionen er 13 % (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med ryggsygdom højt med hensyn til

forekomst af rygning og moderat overvægt, men omvendt lavt med hensyn til forekomst af storforbrug af alkohol.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017: Blandt borgere med ryggsygdom ses et fald i andelen af rygere fra 32 % i 2010 til 27 % i 2017, og i andelen med et storforbrug af alkohol fra 13 % i 2010 til 8 % i 2017 (Tabel 17.5). Derimod ses en stigning i andelen med lav fysisk aktivitet fra 22 % i 2010 til 25 % i 2017 og i andelen med svær overvægt fra 18 % i 2010 til 21 % i 2017. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 17.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med ryggsygdom

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	27  *	43.900	26	32 [#]
Storforbrug af alkohol	8 	13.100	10 [#]	13 [#]
Usundt kostmønster	15  *	23.900	14	14
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	25  *	40.200	22 [#]	22 [#]
Moderat overvægt	37  *	59.800	36	37
Svær overvægt	21  *	33.900	17 [#]	18 [#]
Svage sociale relationer	26  *	41.900	24	26

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

17.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt mindre blandt borgere med rygsygd med usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet eller moderat overvægt sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 17.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Omvendt er der blandt borgere med rygsygd og et storforbrug af alkohol en større andel, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget, sammenlignet med regionen som helhed. Den største forskel ses for storforbrug af alkohol. Hvor 43 % af borgere med rygsygd, som har et storforbrug af alkohol, ønsker at nedsætte alkoholforbruget, svarende til 5.600 personer, gælder det 35 % blandt alle borgere i regionen med et storforbrug af alkohol (Tabel 17.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4).

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhensigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med rygsygd højt med hensyn til både ønske om at nedsætte alkoholforbruget og at tabe sig blandt de svært overvægtige.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med rygsygd ses der fra 2010 til 2017 et fald i andelen af rygere, som gerne vil holde op med at ryge, fra 75 % i 2010 til 71 % i 2017 (Tabel 17.6). Fra 2013 til 2017 ses omvendt en stigning i andelen af borgere med rygsygd og et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere. I regionen som helhed ses i overensstemmelse hermed et fald i andelen af rygere, som gerne vil holde op med at ryge fra 2010 til 2017, og en stigning i andelen af borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere fra 2013 til 2017 (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 17.6 Motivation for adfærdsændring blandt borgere med rygsygd med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	71	31.000	71	75 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	43 [*]	5.600	36	37
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	58 [*]	13.700	49 [#]	55
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	69 [*]	27.100	66	68
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	80 [*]	47.400	82	81
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	94	31.800	94	96

^{*}Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

17.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring og *taget imod tilbud om hjælp*, større blandt borgere med ryg sygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Dog adskiller borgere med ryg sygdom sig ikke fra borgere i regionen som helhed, hvad angår andelen med et storforbrug af alkohol, som har *fået information om hjælp* til at nedsætte alkoholforbruget eller andelen med et usundt kostmønster, som har *taget imod tilbud om hjælp* til at spise sundere (Tabel 17.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabellen i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil, ligger andelen, som har *fået information om hjælp* samt *taget imod tilbud om hjælp* til

adfærdsændring, højt blandt borgere med ryg sygdom med et storforbrug af alkohol. Omvendt ligger andelen, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, lavt blandt borgere med ryg sygdom med et usundt kostmønster og blandt borgere med lav fysisk aktivitet sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme og tilsvarende uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med ryg sygdom, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, blandt rygere og blandt overvægtige borgere (Tabel 17.7). Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4). Der ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med ryg sygdom, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring (Tabel 17.7).

Tabel 17.7 Borgere med ryg sygdom med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som indenfor det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	44*	19.000	50 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	9*	3.800	10
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	28	3.600	27
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	8*	1.000	6
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	20*	4.500	21
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	5	1.100	6
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	22*	8.700	24
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	11*	4.400	11
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	26*	24.100	31 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	14*	12.500	16

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

17.7 Litteratur

(1) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11].
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

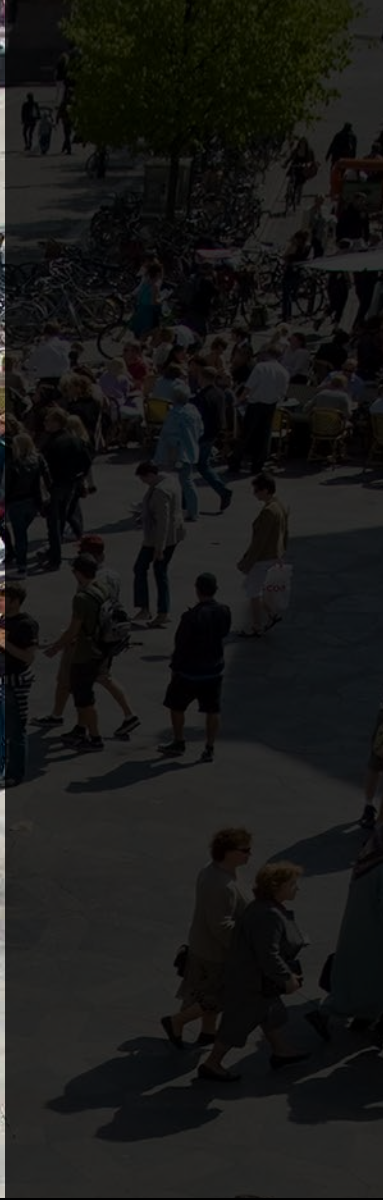
(2) Sundhed.dk. Patienthåndbogen [citeret 2017 24-11].
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>.

(3) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.

(4) Koch MB, Davidsen M, Juel K. De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2011.

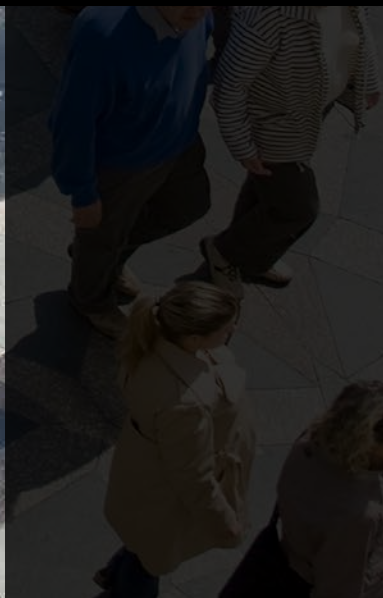
(5) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for lænderyglidelser. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2012.

(6) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.



Kapitel 18

Allergi



18 Allergi

- Forekomsten af allergi er steget fra 26,7 % i 2010 til 29,2 % i 2017. De største stigninger ses blandt borgere på 55-64 år
- 30 % af borgere med allergi har én eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst astma
- Forekomsten af dårlig fysisk og mental sundhed er generelt lav blandt borgere med allergi i forhold til andre kroniske sygdomme. Således er forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred 18 %, dårligt fysisk helbred 11 % og dårligt mentalt helbred 16 % blandt borgere med allergi
- Forekomsten af rygning er 22 %, usundt kostmønster 11 % og svær overvægt 14 %

Allergi omfatter lidelser som høfeber, allergisk astma og fødevarerallergi (1). Allergi er en overfølsomhedsreaktion, hvor immunsystemet reagerer unormalt eller for kraftigt imod ellers harmløse stoffer (allergener) i omgivelserne (2). Typiske faktorer, som udløser høfeber og allergisk astma er husstøvmider, pollen, hudskæl fra kæledyr og sporer fra skimmelsvampe, mens fødevarerallergi oftest ses overfor skaldyr, mælkeproteiner og nødder (2). Den nøjagtige forekomst af allergi i Danmark er ikke afdækket, da forekomsten af selvrapporteret allergi er langt højere end den faktiske forekomst af allergi. Det skønnes, at cirka 20-30 % lider af pollenallergi, og en objektiv undersøgelse har vist, at cirka 3 % af voksne lider af fødevareroverfølsomhed, herunder fødevarerallergi (2, 3).

Årsagerne til allergi kendes ikke i detaljer, men arvelighed spiller en stor rolle i udviklingen af allergi (1, 2). Derudover er rygning og luftforurening vigtige risikofaktorer for pollenallergi, mens fødevarerallergi er stærkt relateret til børneeksem (2).

I løbet af de seneste årtier er andelen af borgere med allergi steget (4, 5). Årsagerne til stigningen er ukendte, men skal formentlig findes i ændringer i miljø- og livsstilsfaktorer(6). Både pollen- og fødevarerallergi er relateret til andre kroniske lidelser, så som astma, og det estimeres, at 40-60 % af børn med fødevarerallergi på et tidspunkt i livet vil udvikle astma (2).

Der er store udgifter forbundet med allergi (7). For luftvejsallergi alene er det estimeret, at de årlige direkte og indirekte udgifter pr. person i gennemsnit er 10.000 kr. til 16.000 kr.(7, 8).

Forekomsten af allergi afhænger af, hvordan sygdommen defineres. Da de fleste borgere med allergi diagnosticeres og behandles i almen praksis, og da den medicinske behandling, som de eventuelt modtager, i høj grad inkluderer håndkøbsmedicin og ikke udelukkende anvendes til allergi, vil man hovedsageligt underrapportere forekomsten af allergi ved anvendelse af registerdata til definition af allergi. I denne rapport er borgere med allergi derfor identificeret via spørgeskemadata. Se Tabel 18.1 for definitionen af allergi i denne rapport.

Tabel 18.1 Definition af borgere med allergi

Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010, 2013 eller 2017, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for henholdsvis allergisk snue, fødevarerallergi eller anden allergi har svaret "Ja, det har jeg nu" eller har svaret "Ja, det har jeg haft tidligere" og har svaret "Ja" til at de stadig har eftervirkninger.
Der foreligger ikke data for en sammenlignelig population fra 2007 på grund af aldersafgrænsning, hvorfor der ikke vises data om allergi for 2007

18.1 Forekomst af allergi

Regionsniveau: I 2017 har 29,2 % af borgerne i Region Hovedstaden allergi, svarende til 411.700 personer (Tabel 18.2).

Køn: Forekomsten af allergi er højest blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Forekomsten af allergi er lavest blandt de to ældste aldersgrupper, men varierer ellers kun lidt i de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af allergi varierer kun lidt mellem de forskellige uddannelsesgrupper. Forekomsten er højest blandt borgere med lang videregående

uddannelse og lavest blandt borgere med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af allergi er højest blandt borgere, der er langtidssyge, og blandt førtidspensionister. Den laveste forekomst ses blandt pensionister i overensstemmelse med den lavere forekomst i de ældste aldersgrupper.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen forskel i forekomsten af allergi mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af allergi er højest blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder og Bornholm: Forekomsten af allergi varierer fra 23,1 % på Bornholm til 30,9 % i planlægningsområde Byen.

Udvikling i forekomst 2010-2017: Forekomsten af allergi er steget fra 26,7 % i 2010 til 29,2 % i 2017 blandt borgere i

regionen som helhed (Tabel 18.2). Stigningen gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere på 55-64 år. I alle planlægningsområder ses en stigning i forekomsten af allergi, hvoraf den største stigning ses i planlægningsområde Midt.

Tabel 18.2 Borgere med allergi 1. januar 2017, 2013 og 2010

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	29,2	411.700	27,5 [#]	26,7 [#]
Køn				
Mand	26,2	180.000	24,3 [#]	24,0 [#]
Kvinde	32,2	231.700	30,4 [#]	29,2 [#]
Alder				
16-24 år	30,5	62.200	28,6	27,3 [#]
25-34 år	31,7	83.000	28,9 [#]	29,5 [#]
35-44 år	32,8	77.800	29,3 [#]	29,8 [#]
45-54 år	31,2	74.400	28,9 [#]	28,5 [#]
55-64 år	28,8	53.400	26,9 [#]	23,7 [#]
65-79 år	22,1	48.500	22,6	21,0
80+ år	20,0	12.500	22,2	18,5
Uddannelse (16-85 årige)				
Under uddannelse	31,1	68.300	30,1	28,6 [#]
Grundskole	27,0	58.200	25,6	24,2 [#]
Gymnasial	30,2	26.700	29,2	27,0 [#]
Erhvervsfaglig	27,0	85.400	25,1 [#]	25,1 [#]
Kort og mellemlang videreg.	31,2	78.700	28,3 [#]	28,7 [#]
Lang videregående	32,0	57.800	29,2 [#]	29,1 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	30,2	226.300	27,8 [#]	27,5 [#]
Arbejdsløs	30,3	5.900	24,3	30,9
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	36,4	20.800	34,1	33,7
Førtidspensionist	33,9	11.800	37,5	32,7
Pensionist	21,8	56.100	23,0	20,4 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	29,6	140.300	28,1 [#]	27,1 [#]
Samlevende	28,6	208.300	26,7 [#]	26,2 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	28,9	329.400	27,2 [#]	26,5 [#]
Andre vestlige lande	32,2	37.000	29,2	30,1
Ikke-vestlige lande	29,2	44.800	27,8	26,0 [#]
Planlægningsområder				
Nord	27,5	68.700	26,0 [#]	25,5 [#]
Midt	29,1	100.700	27,3 [#]	25,3 [#]
Syd	29,4	121.100	28,0	27,1 [#]
Byen	30,9	113.800	28,4 [#]	28,9 [#]
Bornholm	23,1	7.400	22,5	20,1

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

18.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med allergi har omkring 30 % samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 18.3). De fem kroniske sygdomme, der hyppigst optræder samtidigt med allergi, er: Astma, KOL, langvarig depression, diabetes og hjertesygdom.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med allergi er i 2017 ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010, hvor forekomsten var 29,3 %. Blandt borgere med allergi er der dog sket en stigning fra 2010 til 2017 i forekomsten af diabetes.

Tabel 18.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med allergi

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Med komorbiditet**	30,1	119.300	31,7 [#]	29,3
Astma	11,2	44.300	11,8	12,1
KOL	5,4	21.900	5,8	5,1
Langvarig depression	4,9	19.300	5,3	4,6
Diabetes	4,0	16.000	4,5	3,1 [#]
Hjertesygdom	3,3	13.000	3,9 [#]	3,0

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

**Med én eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med allergi. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 30,1 %

18.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med allergi højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 18.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, andelen med et dårligt fysisk helbred og andelen med søvnproblemer, der er større blandt borgere med allergi sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 18 % af borgere med allergi et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 73.900 personer, 11 % har et dårligt fysisk helbred, svarende til 43.100 personer, og 17 % har søvnproblemer, svarende til 68.400 personer. Der er tale om forekomster, som er cirka 20 % højere end i regionen som helhed. I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med allergi dog generelt lavt i forhold til forekomsten af fysisk og mental sundhed.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med allergi ses stigninger i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 17 % i 2010 til 18 % i 2017. Herudover ses stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred fra 14 % i 2010 til 16 % i 2017, i andelen med et højt stressniveau fra 26 % i 2010 til 29 % i 2017 og i andelen med søvnproblemer fra 13 % i 2010 til 17 % i 2017 (Tabel 18.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed fra 2010 til 2017 også stigninger i andelen af borgere med dårligt mentalt helbred, højt stressniveau eller søvnproblemer, men ingen stigninger i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 18.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med allergi

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	18	73.900	17	17 [#]
Dårligt fysisk helbred	11	43.100	10	10
Dårligt mentalt helbred	16	64.500	14 [#]	14 [#]
Højt stressniveau	29	115.600	25 [#]	26 [#]
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	17	68.400	14 [#]	13 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017





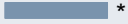


18.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

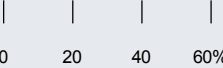
I 2017 har borgere med allergi generelt lavere eller de samme forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil) sammenlignet med borgere i regionen som helhed, bortset fra svær overvægt, hvor forekomsten er lidt højere blandt borgere med allergi (Tabel 18.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Således er 14 % af borgere med allergi svært overvægtige, svarende til 56.100 personer (Tabel 18.5), mens det gælder 13 % af borgere i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med allergi generelt lavt med hensyn til forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017:

Blandt borgere med allergi ses et fald i andelen af borgere med et storforbrug af alkohol fra 12 % i 2010 til 8 % i 2017 (Tabel 18.5). Omvendt ses stigninger i andelen af borgere med et usundt kostmønster fra 9 % i 2010 til 11 % i 2017 og i andelen med lav fysisk aktivitet fra 14 % i 2010 til 19 % i 2017. Herudover ses stigninger i andelen af borgere med svær overvægt fra 12 % i 2010 til 14 % i 2017, og i andelen med svage sociale relationer fra 18 % i 2010 til 21 % i 2017. Ændringerne er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 18.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med allergi

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	22  *	88.600	20 [#]	23
Storforbrug af alkohol	8 	33.400	9 [#]	12 [#]
Usundt kostmønster	11  *	44.000	9 [#]	9 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	19 	75.100	16 [#]	14 [#]
Moderat overvægt	30  *	122.100	29	29
Svær overvægt	14  *	56.100	12 [#]	12 [#]
Svage sociale relationer	21 	87.000	20 [#]	18 [#]



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

18.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt større blandt borgere med allergi med en uhenigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med regionen som helhed. For borgere med et storforbrug af alkohol og svært overvægtige borgere er andelen blandt borgere med allergi og borgere i regionen som helhed dog den samme (Tabel 18.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses for usundt kostmønster. Hvor 71 % af borgere med allergi med et usundt kostmønster ønsker at spise sundere, svarende til 31.000 personer, gælder det 62 % i regionen som helhed (Tabel 18.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4).

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en uhenigtsmæssig risikoprofil ligger borgere med allergi generelt højt med hensyn til motivation for adfærdsændring. Undtaget er dog ønske om at nedsætte alkoholforbruget, hvor borgere med allergi ligger lavt.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med allergi, som ryger, er andelen, som gerne vil holde op med at ryge, faldet fra 78 % i 2010 til 73 % i 2017 (Tabel 18.6). Ligeledes er andelen som ønsker vægttab, blandt borgere som er svært overvægtige, faldet fra 97 % i 2010 til 95 % i 2017. Omvendt ses en stigning i andelen med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere, fra 65 % i 2010 til 71 % i 2017. Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed med undtagelse af ønske om vægttab blandt borgere, som er svært overvægtige, som er uændret i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 18.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med allergi

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	73*	64.100	77 [#]	78 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	36	11.900	35	33
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	71*	31.000	60 [#]	65 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	77*	57.400	74 [#]	78
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	86*	105.000	86	86
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	95	53.300	96	97 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgenomsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

18.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, den samme blandt borgere med allergi som blandt borgere i regionen som helhed, bortset fra borgere med lav fysisk aktivitet, hvor andelen er større blandt borgere med allergi (Tabel 18.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med allergi, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, er lidt større blandt rygere, borgere med lav fysisk aktivitet og overvægtige borgere (Tabel 18.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Yderligere sammenligning med tallene for borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil i Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som har *fået information om hjælp* og har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, generelt lavt blandt borgere med allergi med en uhensigtsmæssig risikoprofil.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med allergi, som har *fået information om muligheden for hjælp* til rygestop, til at spise sundere eller til at være mere fysisk aktiv. Blandt overvægtige borgere er der ligeledes sket et fald i andelen, som har *fået information om muligheden for hjælp* til at være mere fysisk aktiv og/eller spise sundere og i denne gruppe er der også sket et fald i andelen som har *taget imod tilbud om hjælp* til at være mere fysisk aktiv og/eller at spise sundere (Tabel 18.7). I regionen som helhed ses lignende ændringer (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 18.7 Borgere med allergi med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	39	34.200	43 [#]
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	8*	6.800	8
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	23	7.400	23
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	4	1.400	5
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	17	7.300	23 [#]
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	4	1.900	6
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	20*	14.700	24 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	9*	6.600	11
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	21	37.500	29 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	10*	17.600	14 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Litteratur

- (1) Astma-Allergi Danmark. Allergi: Astma-Allergi Danmark; [citeret 2017 07-12]. <http://allergi.astma-allergi.dk/>.
- (2) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.
- (3) Osterballe M, Hansen TK, Mortz CG, Host A, Bindslev-Jensen C. The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatr Allergy Immunol.* 2005;16(7):567-73.
- (4) Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.
- (5) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (6) Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ.* 2009;181(9):E181-90.
- (7) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (8) Cardell L-O, Olsson P, Andersson M, Welin K-O, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. *Npj Primary Care Respiratory Medicine.* 2016;26:15082.



Kapitel 19

Hypig hovedpine eller migræne



19 Hyppig hovedpine eller migræne

- Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er faldet fra 15,9 % i 2010 til 13,6 % i 2013 og er så steget igen til 16,3 % i 2017
- Omkring en tredjedel af borgere med hyppig hovedpine eller migræne har én eller flere samtidige kroniske sygdomme, hyppigst langvarig depression eller astma
- Borgere med hyppig hovedpine eller migræne har høje forekomster af dårligt mentalt helbred, højt stressniveau eller søvnproblemer, men ligger lavt med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt selvvalueret helbred og dårligt fysisk helbred i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme
- Forekomsten af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer ligger generelt lavt blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, eneste undtagelse er rygning, hvor forekomsten ligger i den høje ende
- Blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne ses dog et fald i andelen af rygere fra 29 % i 2010 til 26 % i 2017

Hyppig hovedpine eller migræne er en forholdsvis hyppig tilstand (1). Den hyppigste form for hovedpine er spændingshovedpine (1). Migræne adskiller sig fra anden hovedpine ved at komme som tilbagevendende anfald (2). Hver tredje borger har migræne med aura i form af syns-, føle- eller taleforstyrrelser (2). Ifølge data fra den Nationale Sundhedsprofil 2013 skønnes det, at 661.000 danskere lever med hyppig hovedpine eller migræne svarende til 15 % af befolkningen, og at hyppig hovedpine eller migræne optræder oftere blandt kvinder sammenlignet med mænd (3).

Årsagerne til hyppig hovedpine eller migræne er mange. Risikofaktorer er blandt andet at være kvinde, alder, arvelighed, alkohol, hormonelle svingninger, dårlige arbejdsstillinger, høj arbejdsbelastning og stress samt hyppig spændingshovedpine eller overforbrug af medicin (1, 4, 5).

Hyppig hovedpine eller migræne kan påvirke den enkelte i dagligdagen, så det til tider kan være invaliderende (1, 4). På landsplan koster alene migræne årligt 420 mio. kr. i behandling

og pleje, samt 1.210 mio. kr. i tabt produktion (5). Borgere med migræne har 3,8 mio. flere sygedage om året end borgere uden migræne, svarende til 14 % af alle sygedage (5).

Forebyggelse af hyppig hovedpine eller migræne inkluderer en sund livsstil med regelmæssig søvn, mad og drikke samt motion (4). I svære hovedpine- og migrænetilfælde gives forebyggende medicinsk behandling (4).

Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne afhænger af, hvordan sygdomme defineres. Det er kun de sværeste tilfælde af hyppig hovedpine eller migræne, der behandles på hospital. Derudover består den medicinske behandling af hovedpine eller migræne ofte af håndkøbsmedicin eller medicin, som ikke udelukkende anvendes til behandling af hovedpine eller migræne. Man kan derfor ikke anvende registerdata til definition af hyppig hovedpine eller migræne, som derfor er identificeret via spørgeskemadata i denne rapport. Se Tabel 19.1 for definitionen af hyppig hovedpine eller migræne i denne rapport.

Tabel 19.1 Definition af borgere med hyppig hovedpine eller migræne

Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010, 2013 eller 2017, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for "Hyppig hovedpine eller migræne" har svaret "Ja, det har jeg nu" eller har svaret "Ja, det har jeg haft tidligere" og har svaret "ja" til, at de stadig har eftervirkninger. Der foreligger ikke data for en sammenlignelig population fra 2007 på grund af aldersafgrænsning, hvorfor der ikke vises data om hyppig hovedpine eller migræne for 2007.

19.1 Forekomst af hyppig hovedpine eller migræne

Regionsniveau: I 2017 har 16,3 % af borgerne i Region Hovedstaden hyppig hovedpine eller migræne, svarende til 228.100 personer (Tabel 19.2).

Køn: Der ses en væsentlig kønsforskel i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne, idet forekomsten blandt kvinder er omtrent dobbelt så stor som forekomsten blandt mænd.

Alder: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er størst blandt de 35-54 årige, hvor det er omtrent hver femte, der har hyppig hovedpine eller migræne. Forekomsten er mindst blandt borgere på 65 år eller derover.

Uddannelse blandt 16-85 årige: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne falder lidt med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således 20,1 % blandt borgere med grundskoleuddannelse og 13,2 % blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne varierer markant med borgernes erhvervstilknytning. Omkring hver tredje førtidspensionist og borger, der er langtidssyg, har hyppig hovedpine eller migræne. Forekomsten er omkring tre gange større end blandt pensionister, som har den laveste forekomst.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen forskel i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne mellem enlige og samlevende.
































Etnisk baggrund: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor det forekommer hos næsten hver fjerde borger, og mindst blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Planlægningsområder: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne varierer fra 15 % i planlægningsområde Byen til 17,9 % i planlægningsområde Syd.

Udvikling i forekomst 2010-2017: Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er faldet fra 15,9 % i 2010 til 13,6 % i 2013 og er så steget igen fra 2013 til 16,3 % i 2017. Forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i 2017 er dog ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010 (Tabel 19.2). Det samme billede gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper og planlægningsområder. Der ses dog en lille stigning fra 2010 til 2017 i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i de to yngste aldersgrupper, blandt de med lang videregående uddannelse og blandt mænd, men et fald i de to ældste aldersgrupper og blandt pensionister.

Der ses ingen ændringer i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i planlægningsområder fra 2010 til 2017, men der ses stigninger fra 2013 til 2017 i alle planlægningsområder på nær på Bornholm.

Tabel 19.2 Borgere med hyppig hovedpine eller migræne 1. januar 2017, 2013 og 2010

	2016 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	16,3 	228.100	13,6 [#]	15,9
Køn				
Mand	10,4 	71.900	7,7 [#]	9,5 [#]
Kvinde	22,0 	156.200	19,2 [#]	22,0
Alder				
16-24 år	16,6 	33.400	13,7 [#]	14,6 [#]
25-34 år	17,4 	45.400	14,0 [#]	15,1 [#]
35-44 år	20,1 	47.400	16,3 [#]	19,4
45-54 år	20,0 	47.100	18,1 [#]	20,1
55-64 år	17,0 	31.500	12,6 [#]	15,9
65-79 år	8,7 	19.100	7,6 [#]	10,4 [#]
80+ år	6,7 	4.100	6,9	8,9 [#]
Uddannelse (16-85 årige)				
Under uddannelse	15,8 	34.400	13,0 [#]	13,9 [#]
Grundskole	20,1 	42.800	15,8 [#]	21,0
Gymnasial	15,9 	14.000	13,8	15,1
Erhvervsfaglig	16,7 	52.200	14,6 [#]	16,9
Kort og mellemlang videreg.	15,8 	39.800	14,0 [#]	15,3
Lang videregående	13,2 	23.800	10,5 [#]	10,8 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	16,4 	122.400	14,0 [#]	15,7
Arbejdsløs	22,3 	4.300	17,8	23,1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	38,5 	21.700	29,1 [#]	41,0
Førtidspensionist	30,4 	10.500	28,8	32,0
Pensionist	8,4 	21.500	8,0	10,8 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	16,7 	78.800	13,7 [#]	16,6
Samlevende	15,9 	115.500	13,6 [#]	15,8
Etnisk baggrund				
Danmark	15,3 	173.400	13,0 [#]	15,0
Andre vestlige lande	15,6 	17.700	12,5 [#]	14,1
Ikke-vestlige lande	24,0 	36.700	20,6 [#]	26,4
Planlægningsområder				
Nord	17,0 	42.100	14,4 [#]	16,4
Midt	15,3 	52.700	12,8 [#]	14,7
Syd	17,9 	73.300	14,7 [#]	17,1
Byen	15,0 	55.000	12,7 [#]	15,3
Bornholm	15,9 	5.000	14,4	17,2



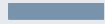





[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

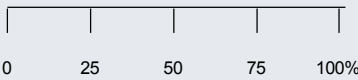
19.2 Forekomst af andre kroniske sygdomme

Blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne har omkring 30 % samtidigt én eller flere andre kroniske sygdomme (Tabel 19.3). De fem kroniske sygdomme, der hyppigst optræder hos borgere med hyppig hovedpine eller migræne er: Langvarig depression, astma, diabetes, KOL og svær psykisk lidelse.

Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne er uændret fra 2010 til 2017. Der ses dog en stigning i forekomsten af svær psykisk lidelse fra 2010 til 2017 blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne og fra 2013 til 2017 ses yderligere en stigning i forekomsten af astma og diabetes.

Tabel 19.3 Forekomst af de fem hyppigste kroniske sygdomme blandt borgere med hyppig hovedpine/migræne

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Med komorbiditet**	29,0 	63.900	27,9	29,3
Langvarig depression	7,6 	16.800	8,4	7,8
Astma	7,0 	15.400	5,9 [#]	7,0
Diabetes	4,6 	10.100	3,6 [#]	4,3
KOL	4,4 	10.000	5,3	5,0
Svær psykisk lidelse	4,0 	8.700	3,1 [#]	3,2 [#]



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

**Med en eller flere samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. Hver borger kan optræde med flere sygdomme og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til 29,0 %

19.3 Fysisk og mental sundhed

I 2017 har borgere med hyppig hovedpine eller migræne væsentligt højere forekomster af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 19.4 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred, højt stressniveau eller søvnproblemer er omtrent dobbelt så stor blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne sammenlignet med borgere i hele regionen. Således har 27 % af borgere med hyppig hovedpine eller migræne dårligt mentalt helbred, svarende til 59.100 personer (Tabel 19.4), mens det gælder 14 % i hele regionen (Se tabel i kapitel 4). Yderligere har 45 % af borgere med hyppig hovedpine eller migræne et højt stressniveau, svarende til 98.700 personer (Tabel 19.4), mens det gælder 26 % i hele regionen (Se tabel i kapitel 4). Også i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme ligger andelen med dårligt mentalt helbred, højt stressniveau eller søvnproblemer højt blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. Omvendt ligger borgere med hyppig hovedpine eller migræne lavt med

hensyn til andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller dårligt fysisk helbred i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i fysisk og mental sundhed 2010-2017: Blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne ses stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred fra 22 % i 2010 til 27 % i 2017, i andelen med højt stressniveau fra 42 % i 2010 til 45 % i 2017 og i andelen med søvnproblemer fra 24 % i 2010 til 28 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses herudover en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og med dårligt fysisk helbred, som derved er på samme niveau som i 2010 (Tabel 19.4). Til sammenligning ses der i regionen som helhed fra 2010 til 2017 også stigninger i andelen med dårligt mentalt helbred, højt stressniveau eller søvnproblemer. Fra 2013 til 2017 ses også en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, men ingen ændring i andelen med dårligt fysisk helbred i regionen som helhed (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 19.4 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	30 *	67.600	26 [#]	30
Dårligt fysisk helbred	18 *	39.700	15 [#]	19
Dårligt mentalt helbred	27 *	59.100	22 [#]	22 [#]
Højt stressniveau	45 *	98.700	38 [#]	42 [#]
Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	28 *	63.400	24 [#]	24 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet








[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

19.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2017 har borgere med hyppig hovedpine eller migræne højere forekomster af rygning, lav fysisk aktivitet, svær overvægt og svage sociale relationer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 19.5 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Omvendt er forekomsten af storforbrug af alkohol blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne lavere end i regionen som helhed. Således har 6 % af borgere med hyppig hovedpine eller migræne et storforbrug af alkohol, svarende til 14.200 personer (Tabel 19.5), mens det gælder 8 % blandt borgere i hele regionen (Se tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med hyppig hovedpine eller migræne generelt en lav forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og/eller risikofaktorer (uhensigtsmæssig risikoprofil). Eneste undtagelse er rygning, hvor borgere med hyppig hovedpine eller migræne ligger i den høje ende i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i sundhedsadfærd og risikofaktorer 2010-2017: Blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne ses fald i andelen af rygere fra 29 % i 2010 til 26 % i 2017 og i andelen med et storforbrug af alkohol fra 10 % i 2010 til 6 % i 2017 (Tabel 19.5). Derimod ses stigninger i andelen med usundt kostmønster fra 11 % i 2010 til 12 % i 2017, i andelen med lav fysisk aktivitet fra 21 % i 2010 til 23 % i 2017 og i andelen med moderat overvægt fra 28 % i 2010 til 31 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses herudover en stigning i forekomsten af svær overvægt og svage sociale relationer blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. Disse ændringer er i overensstemmelse med de ændringer, der ses i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Tabel 19.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Rygning (dagligt eller lejlighedsvist)	26  *	59.000	24 [#]	29 [#]
Storforbrug af alkohol	6  *	14.200	8 [#]	10 [#]
Usundt kostmønster	12 	27.600	11	11 [#]
Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)	23  *	51.900	21 [#]	21 [#]
Moderat overvægt	31 	69.200	29 [#]	28 [#]
Svær overvægt	16  *	36.600	14 [#]	16
Svage sociale relationer	26  *	58.100	23 [#]	24

0 20 40 60%

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

19.5 Motivation for adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, generelt større blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne med uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed. Hvad angår motivation for at nedsætte et storforbrug af alkohol eller for vægttab blandt svært overvægtige, adskiller andelen af borgere med hyppig hovedpine eller migræne sig dog ikke fra borgere med tilsvarende risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 19.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). Den største forskel ses blandt borgere med et usundt kostmønster. Hvor 70 % af borgere med hyppig hovedpine eller migræne ønsker at spise sundere, svarende til 19.200 personer, gælder det 62 % blandt borgere med et usundt kostmønster i regionen som helhed (Tabel 19.6 og tilsvarende tabel i kapitel 4). I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme og en

uhensigtsmæssig risikoprofil ligger andelen, som er motiveret for adfærdsændring, generelt højt blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne, bortset fra hvad angår ønsket om at nedsætte et storforbrug af alkohol.

Udvikling i motivation for adfærdsændring 2010-2017:

Blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne, som ryger, er andelen som ønsker rygestop faldet fra 81 % i 2010 til 74 % i 2017. Omvendt ses en stigning i andelen med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere fra 64 % 2010 til 70 % i 2017. Fra 2013 til 2017 ses herudover en stigning i andelen med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget (Tabel 19.6). Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed i samme periode (Se tabel i kapitel 4).

Table 19.6 Motivation til adfærdsændring blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne med en uhensigtsmæssig risikoprofil

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som gerne vil holde op med at ryge	74*	43.600	79 [#]	81 [#]
Borgere med et storforbrug af alkohol, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget	38	5.400	26 [#]	35
Borgere med et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundere	70*	19.200	67	64 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som gerne vil være mere fysisk aktive	76*	39.000	76	73
Moderat overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	86*	59.600	89	86
Svært overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig	95	34.600	95	96

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

19.6 Forebyggelse

I 2017 er andelen af borgere, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring og *taget imod tilbud om hjælp*, generelt større blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne med en uhensigtsmæssig risikoprofil sammenlignet med borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil i regionen som helhed (Tabel 19.7 og tilsvarende tabel i kapitel 4). De eneste undtagelser ses i andelen, som *har fået information om hjælp* til at nedsætte et storforbrug af alkohol og andelen af rygere, som *har taget imod tilbud om hjælp* til rygestop, hvor borgere med hyppig hovedpine eller migræne ikke adskiller sig fra borgere i regionen som helhed. Yderligere sammenligning med tallene for Region Hovedstaden kan foretages ud fra tabel i kapitel 4.

I forhold til borgere med andre kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil, skiller borgere med hyppig hovedpine eller migræne med uhensigtsmæssig risikoprofil sig kun ud med hensyn til andelen, som har *fået information om hjælp* til at være mere fysisk aktiv, blandt de med lav fysisk aktivitet, hvor borgere med hyppig hovedpine eller migræne

ligger lavt. Andelen blandt borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ligger lavt blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne, hvad angår rygning, lav fysisk aktivitet og overvægt, men omvendt højt, hvad angår storforbrug af alkohol, sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme.

Udvikling i forebyggelse 2013-2017: Der er i perioden sket et fald i andelen af borgere med hyppig hovedpine eller migræne, som har *fået information om hjælp* til adfærdsændring, blandt borgere med lav fysisk aktivitet fra 25 % i 2013 til 21 % i 2017, og blandt borgere, som er overvægtige fra 31 % i 2013 til 26 % i 2017 (Tabel 19.7). Hvad angår andelen af borgere med hyppig hovedpine eller migræne, som har *taget imod tilbud om hjælp* til adfærdsændring, ses et fald blandt overvægtige borgere fra 17 % i 2013 til 12 % i 2017. Denne udvikling er i overensstemmelse med udviklingen i regionen som helhed i samme periode (se tabel i kapitel 4).

Tabel 19.7 Borgere med hyppig hovedpine eller migræne med en uhensigtsmæssig risikoprofil, som indenfor det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

	2017		2013
	%	Personer	%
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop	42*	24.000	46
Rygere (daglige eller lejlighedsvis), som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop	7	4.300	9
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	27	3.700	23
Borgere med et storforbrug af alkohol, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget	8*	1.100	5
Borgere med et usundt kostmønster, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere	19*	5.200	22
Borgere med et usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere	6*	1.500	6
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv	21*	10.400	25 [#]
Borgere, der har lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden), som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktiv	9*	4.600	10
Overvægtige borgere, som har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	26*	26.700	31 [#]
Overvægtige borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere og/eller være mere fysisk aktiv	12*	12.600	17 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

19.7 Litteratur

(1) Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* 2008;7(4):354-61.

(2) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.

(3) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.

(4) Dansk Hovedpinecenter. Migræne. Glostrup: Dansk Hovedpinecenter, Rigshospitalet - Glostrup; 2017.

(5) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.



Kapitel 20

Social ulighed



20 Social ulighed i kronisk sygdom og kontakter til sundhedsvæsenet

- I 2016 er der social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom for størstedelen af sygdommene fraset allergi, og astma blandt mænd
 - Siden 2007 er den sociale ulighed steget for flere af de kroniske sygdomme, men er faldet for borgere med astma og for kvinder med hyppig hovedpine eller migræne
 - I 2015 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme social ulighed i kontakt til almen praksis, planlagte somatiske ambulante besøg og akutte somatiske indlæggelser. For borgere med svær psykisk lidelse eller depression er der endvidere social ulighed i psykiatriske ambulante besøg og psykiatriske indlæggelser
 - I 2015 ses en omvendt social ulighed i kontakter til speciallægepraksis for størstedelen af sygdommene
 - Fra 2007 til 2015 er den sociale ulighed faldet for kontakter til almen praksis og speciallægepraksis for enkelte af sygdommene, men steget for somatiske og psykiatriske ambulante besøg samt somatiske akutte indlæggelser for enkelte andre sygdomsgrupper
-

Sundhed og sygdom er ikke ligeligt fordelt i samfundet. I Danmark og i resten af verden ses en social gradient i sundhed; Jo lavere social position en borger har, jo højere er risikoen for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, sygdom og død (1).

I Danmark er den sociale ulighed i forventet levetid og dødelighed steget i de seneste år (2, 3). Hele 60-70 % af den sociale ulighed i dødelighed tilskrives forskelle i rygning og alkoholindtag blandt borgere med forskelligt uddannelsesniveau (2), og da uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i stigende grad er koncentreret blandt borgere, som er dårligere socialt stillet (1) forklarer dette en del af stigningen i social ulighed de seneste år.

Det er relevant at monitorere udviklingen i social ulighed i sundhedsadfærd, for at kunne vurdere den fremtidige udvikling i social ulighed i sygdomsforekomst og dødelig-

hed, men også for at kunne vurdere, om den eksisterende forebyggelsesindsats er tilstrækkelig.

Social ulighed i sundhed er ikke kun et problem for den enkelte borger. Uligheden har også samfundsøkonomiske konsekvenser i form af øget brug af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og brug af sociale ydelser (4). Eksempelvis ville op mod 90 % af nytilkendte førtidspensioner kunne undgås, hvis alle borgere i aldersgruppen 30-64 år havde samme sundhedstilstand, som borgere med mellemlange eller lange uddannelser (4). I Danmark har der derfor været politisk fokus på at reducere den sociale ulighed i sundhed i mere end to årtier (5-9).

I denne rapport har vi valgt at have særligt fokus på social ulighed i forekomst af kronisk sygdom og kontakter til sundhedsvæsenet samt på udviklingen i den sociale ulighed gennem de seneste år.

20.1 Metodiske overvejelser

Indikatorer til måling af social ulighed

Social ulighed kan belyses ved hjælp af forskellige faktorer, som hver især dækker forskellige aspekter af social ulighed, og som er anvendelige i forskelle sammenhænge (5, 10). Det kan eksempelvis være uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning,

boligforhold og jobtype (11). Uddannelse anvendes som det primære mål for social ulighed i denne rapport, da uddannelseslængde kan måles for alle, som har gennemført en uddannelse, uafhængigt af den aktuelle erhvervstilknytning, hvilket gør det til et stabilt mål. Samtidig påvirker den uddannelse, borgere

har, deres jobmuligheder og dermed også deres indkomst og niveau af materielle ressourcer. Slutteligt tilegner den enkelte sig kompetencer gennem uddannelse, som har betydning for evnen til at finde relevant information og tilegne sig viden (5) og for tilbøjeligheden til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed (12).

Uddannelse er relateret til køn, alder og etnisk baggrund (5). Uddannelsesmulighederne har ændret sig gennem de seneste årtier for kvinder og for visse etniske minoriteter. Derudover fordeler risikofaktorerne sig forskelligt blandt borgere med forskellig etnisk baggrund (5). Ældre årgange vil være overrepræsenterede i gruppen med kortere uddannelse (5), og det er derfor vigtigt at tage højde for, at mulighederne for uddannelse ændres over tid, især i studier, der inkluderer borgere i mange forskellige aldersgrupper. Derfor er alle analyser i dette kapitel opdelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund.

I modsætning til de øvrige kapitler i rapporten er alle borgere, også borgere som er under uddannelse, placeret i en

uddannelsesgruppe på baggrund af deres nuværende højeste fuldførte uddannelse. Uddannelse opgøres for alle borgere i alderen 25-85 år. Den nedre afgrænsning er sat, da størstedelen af borgere i alderen 16-24 år er under uddannelse. Den øvre afgrænsning skyldes at registeroplysninger om uddannelse kun findes for borgere født efter 1920 (som alle var fyldt 85 år d. 1. januar 2007).

Skala til måling og opgørelse af social ulighed

Social ulighed i sundhed kan opgøres på forskellige skalaer, som alle har hver deres styrker og svagheder, og der er således ingen "korrekt" måde at opgøre social ulighed på (13). Der skelnes mellem absolut og relativ social ulighed. Relative ulighedsmål, dvs. opgørelser af brøkforskel mellem uddannelsesgrupperne, er de hyppigst anvendte indenfor folkesundhedsvidenskab og socialepidemiologi (13). I dette kapitel fokuseres på den relative ulighed, og som mål for sammenhænge mellem uddannelse og de udvalgte indikatorer anvendes odds ratio. Lang videregående uddannelse anvendes i alle analyserne som reference.

Odss ratio

Odds ratio (OR) er et mål for sammenhængen mellem to faktorer og er forholdet mellem to odds. Dette relative mål kan eksempelvis anvendes, når man undersøger sammenhængen mellem uddannelse (opdelt i forskellige grupper efter uddannelseslængde) og forekomst af kronisk sygdom f.eks. diabetes. Den ene uddannelsesgruppe vælges som reference, i dette tilfælde lang videregående uddannelse, og det undersøges, om odds i hver af uddannelsesgrupperne for at have den givne kroniske sygdom i forhold til odds for at have sygdommen i referencegruppen, er forskellig fra 1. Hvis OR i en af uddannelsesgrupperne er større end 1, betyder det, at sygdommen i højere grad forekommer (mere sandsynligt) i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR i uddannelsesgruppen omvendt er mindre end 1 betyder det, at sygdommen forekommer i mindre grad (mindre sandsynligt) i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR ikke er forskellig fra 1 betyder det, at forekomsten af sygdommen i den givne uddannelsesgruppe ikke adskiller sig fra forekomsten i referencegruppen

Definition af begrebet social ulighed i dette kapitel

- "Social ulighed" refererer til de situationer, hvor OR for en given kronisk sygdom er større end 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse med lang videregående uddannelse som reference
- "Omvendt social ulighed" refererer til de situationer, hvor OR for en given kronisk sygdom er lavere end 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse med lang videregående uddannelse som reference

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives sammenhængen mellem uddannelse og henholdsvis forekomst af kronisk sygdom og kontakter til sundhedsvæsenet blandt henholdsvis mænd og kvinder ved hjælp af det relative mål odds ratio (OR). For hver sygdom vises og beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst i 2016 samt udviklingen fra 2007 til 2016. For de sygdomme, der er defineret på baggrund af spørgeskemadata, vises

udviklingen fra 2010 til 2017. For hver sygdom vises desuden udvikling over tid for udvalgte kontakter til sundhedsvæsenet fra 2007 til 2015. Der vises kun resultater for kontakter for de kroniske sygdomme, som er defineret på baggrund af registerdata. Alle opgørelser er fordelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund. Opgørelserne bidrager med nuancer til den viden, som kan læses ud af de øvrige kapitler.

20.2 Multisygdom og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

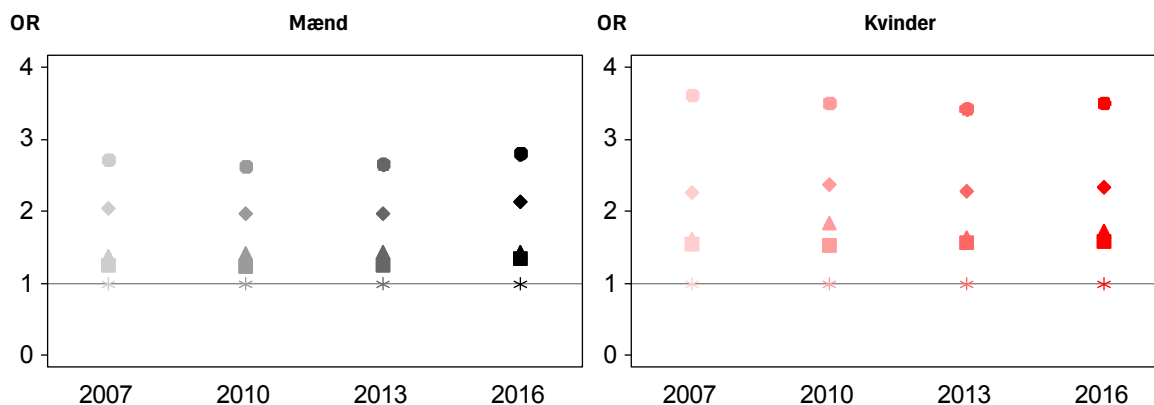
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have tre eller flere kroniske sygdomme blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.1). Der er således social ulighed i forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme for begge køn, denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.1 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Fra 2007 til 2016 er odds ratio for forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme stort set uændret for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have tre eller flere kroniske sygdomme blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret, hverken for mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er uændret fra 2007 til 2016.

Sammenligning med resultater fra kapitel 4: I tabel 4.2 opgøres forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed i forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme er gældende for begge køn.

Figur 20.1 Odds ratio for forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme i forskellige uddannelsesgrupper set i forhold til lang videregående uddannelse blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.3 Diabetes og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

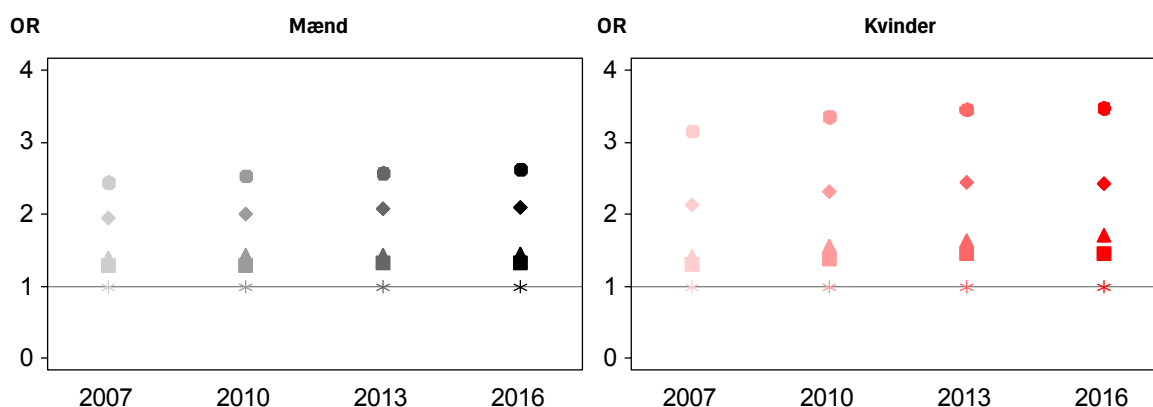
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have diabetes blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.2). Der er således social ulighed i forekomsten af diabetes for begge køn, denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.2 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af diabetes i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I alle uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af diabetes stiger over tid for begge køn.

Analysen viser, at sandsynligheden for at have diabetes blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er steget fra 2007 til 2016, for både mænd og kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af diabetes er steget for både mænd og kvinder. Stigningen er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 5: I tabel 5.2 opgøres forekomsten af diabetes i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og her ses en højere forekomst af diabetes for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.2 Odds ratio for forekomst af diabetes i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig for både mænd og kvinder

Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.4 Hjertesygdom og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

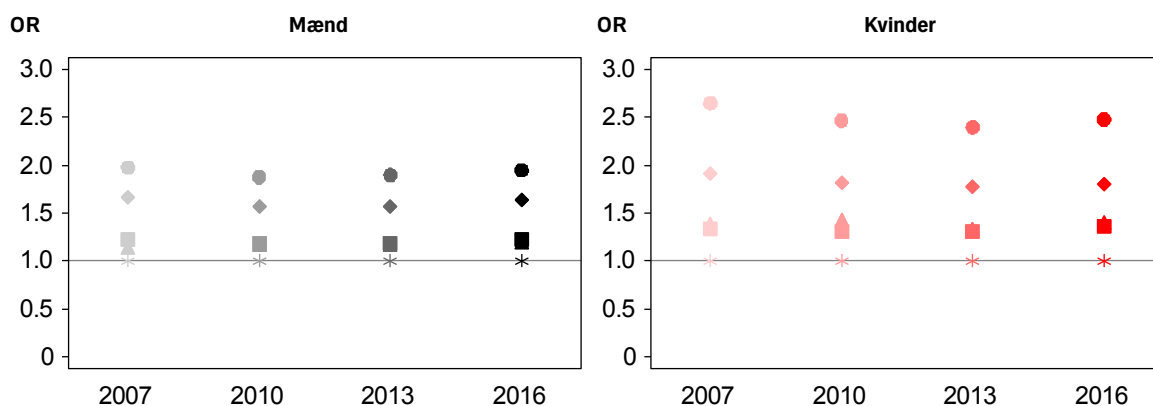
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have hjertesygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.3). Der er således social ulighed i forekomsten af hjertesygdom for begge køn, og denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.3 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af hjertesygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I enkelte uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af hjertesygdom falder fra 2007 til 2010 og herefter stort set er uændret for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have hjertesygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2007 til 2016, hverken for mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af hjertesygdom er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 6: I tabel 6.2 opgøres forekomsten af hjertesygdom i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af hjertesygdom for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af hjertesygdom også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.3 Odds ratio for forekomst af hjertesygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder
 Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.5 Apopleksi og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have apopleksi blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.4). Der er således social ulighed i forekomsten af apopleksi for begge køn, og den sociale ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.4 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af apopleksi i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I næsten alle uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds

ratio for forekomsten af apopleksi falder fra 2007 til 2013 og herefter er stort set uændret for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have apopleksi blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2007 til 2016, hverken for mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af apopleksi er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 7: I tabel 7.2 opgøres forekomsten af apopleksi i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af apopleksi for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af apopleksi også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.4 Odds ratio for forekomst af apopleksi i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.6 KOL og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

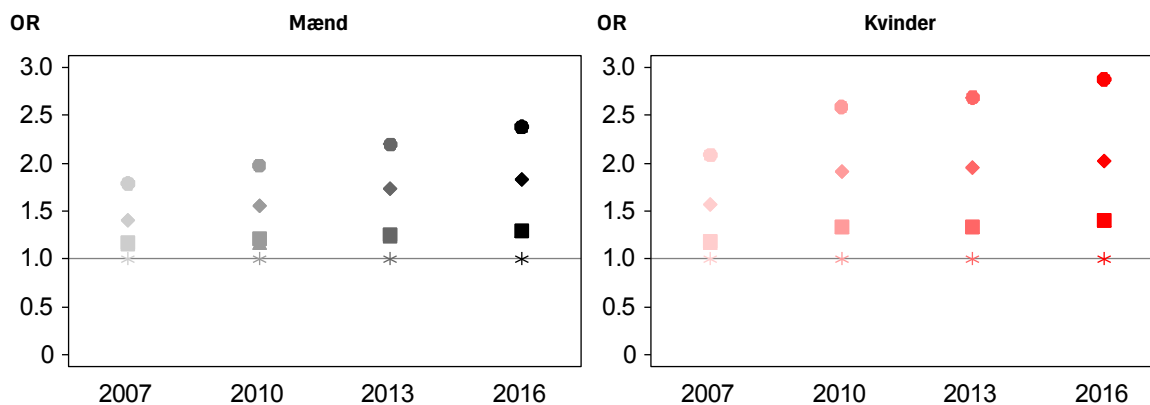
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have KOL blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.5). Der er således social ulighed i forekomsten af KOL for begge køn, og denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.5 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af KOL i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I næsten alle uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af KOL stiger over tid for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have KOL blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er steget fra 2007 til 2016, både for mænd og kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af KOL er steget i perioden for både mænd og kvinder. Stigningen er ikke signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 8: I tabel 8.2 opgøres forekomsten af KOL i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af KOL for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af KOL også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.5 Odds ratio for forekomst af KOL i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig, både for mænd og kvinder

Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.7 Astma og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af astma blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

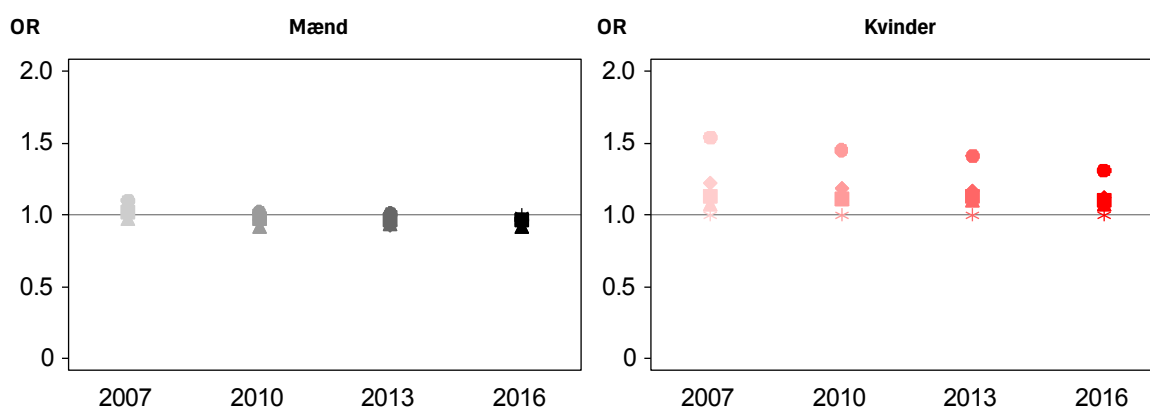
Status i 2016: For kvinder er sandsynligheden for at have astma større blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse, mens der for mænd ikke er nogen statistisk signifikant forskel mellem de to uddannelsesgrupper (Figur 20.6). Der er således social ulighed i forekomsten af astma for kvinder, men ikke for mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.6 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af astma i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I enkelte uddannelsesgrupper ses der specielt for kvinder en tendens til, at odds ratio for forekomsten af astma falder over tid.

Analysen viser, at sandsynligheden for at have astma blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er faldet fra 2007 til 2016, for både mænd og kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af astma er faldet for både mænd og kvinder. For mænd betyder faldet, at der ikke er social ulighed i forekomsten af astma i 2016. Faldet i social ulighed er dog ikke signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 9: I tabel 9.2 opgøres forekomsten af astma i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og her ses der en højere forekomst af astma for borgere med grundskoleuddannelse og en lavere forekomst blandt borgere med erhvervsfaglig eller lang videregående uddannelse. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af astma også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund for kvinder, mens der for mænd ses en tendens til en omvendt social ulighed.

Figur 20.6 Odds ratio for forekomst af astma i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for kvinder, men ikke for mænd

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig, både for mænd og kvinder

Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.8 Inflammatorisk ledsygdom og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af inflammatorisk ledsygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

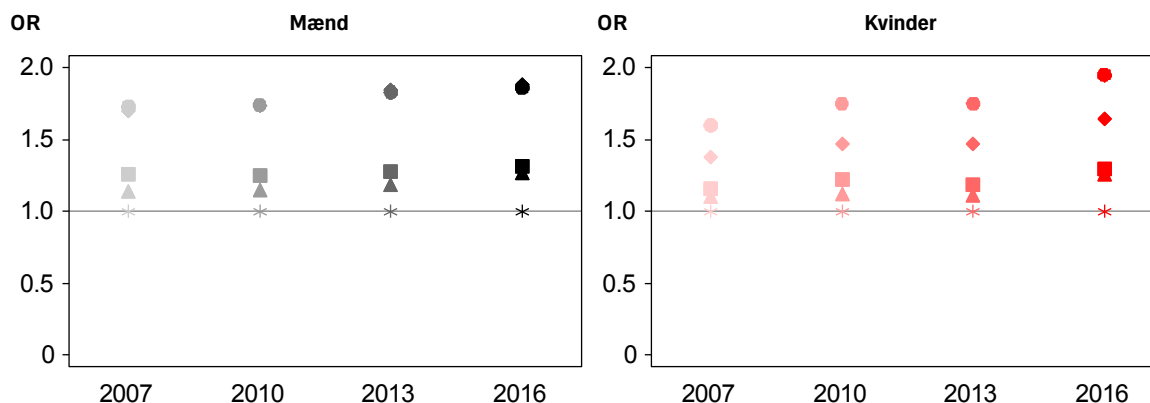
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have inflammatorisk ledsygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.7). Der er således social ulighed i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.7 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af inflammatorisk ledsygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I enkelte uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af inflammatorisk ledsygdom stiger over tid for begge køn.

Analysen viser, at sandsynligheden for at have inflammatorisk ledsygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er steget fra 2007 til 2016, både blandt mænd og kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er steget i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 11: I tabel 11.2 opgøres forekomsten af inflammatorisk ledsygdom i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af inflammatorisk ledsygdom for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.7 Odds ratio for forekomst af inflammatorisk ledsygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig, både for mænd og kvinder
Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.9 Knogleskørhed og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af knogleskørhed blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have knogleskørhed blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.8). Der er således social ulighed i forekomsten af knogleskørhed for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

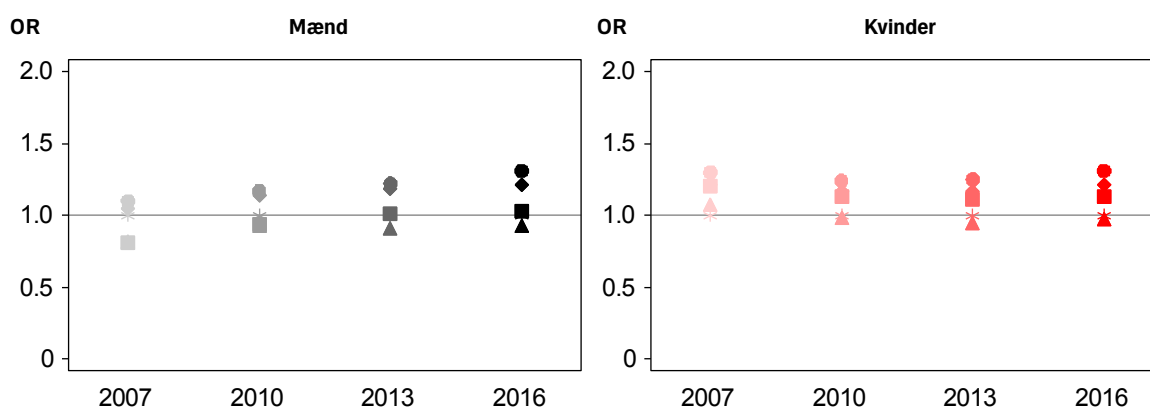
Udvikling 2007-2016: Figur 20.8 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af knogleskørhed i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I flere uddannelsesgrupper ses for mænd en tendens til, at odds ratio for forekomsten af knogleskørhed stiger fra 2007 til 2016, mens der for kvinder ses en tendens til, at odds ratio

falder fra 2007 til 2010, stort set er uændret til 2013, og derefter stiger i enkelte uddannelsesgrupper.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have knogleskørhed blandt mænd med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse stiger fra 2007 til 2016, men at ændringen fra 2007 til 2016 for kvinder ikke er statistisk signifikant. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af knogleskørhed er steget i perioden for mænd, men er uændret for kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 12: I tabel 12.2 opgøres forekomsten af knogleskørhed i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af knogleskørhed for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af knogleskørhed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.8 Odds ratio for forekomst af knogleskørhed i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig for mænd, men ikke for kvinder
 Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant

20.10 Langvarig depression og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af langvarig depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

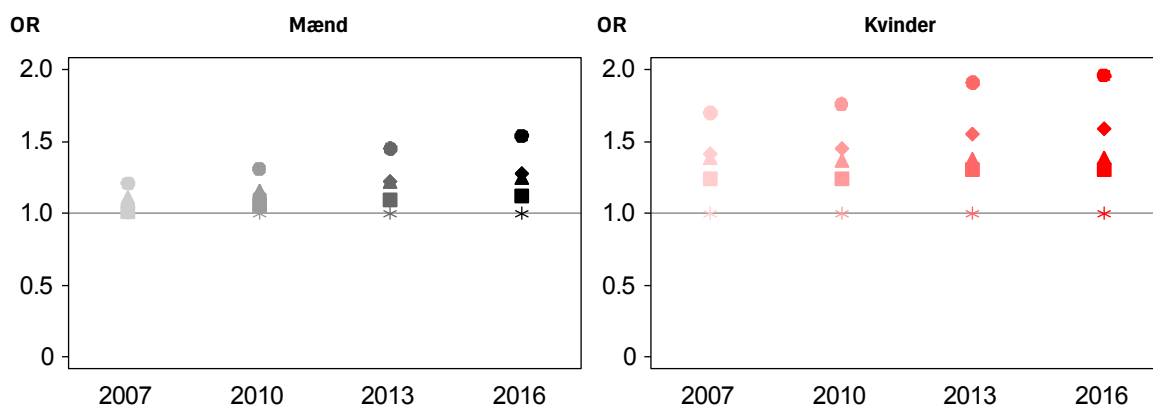
Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have langvarig depression blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.9). Der er således social ulighed i forekomsten af langvarig depression for begge køn, og denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

Udvikling 2007-2016: Figur 20.9 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af langvarig depression i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I flere uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af langvarig depression stiger over tid for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have langvarig depression blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er steget fra 2007 til 2016, både blandt mænd og kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af langvarig depression er steget for både mænd og kvinder. Samtidigt viser analyserne, at den sociale ulighed i forekomsten af langvarig depression er steget mere blandt mænd end blandt kvinder fra 2007 til 2016.

Sammenligning med resultater fra kapitel 13: I tabel 13.2 opgøres forekomsten af langvarig depression i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af langvarig depression for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af langvarig depression også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.9 Odds ratio for forekomst af langvarig depression i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant forskellig, både for mænd og kvinder
 Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er statistisk signifikant

20.11 Svær psykisk lidelse og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af svær psykisk lidelse blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have svær psykisk lidelse blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.10). Der er således social ulighed i forekomsten af svær psykisk lidelse for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

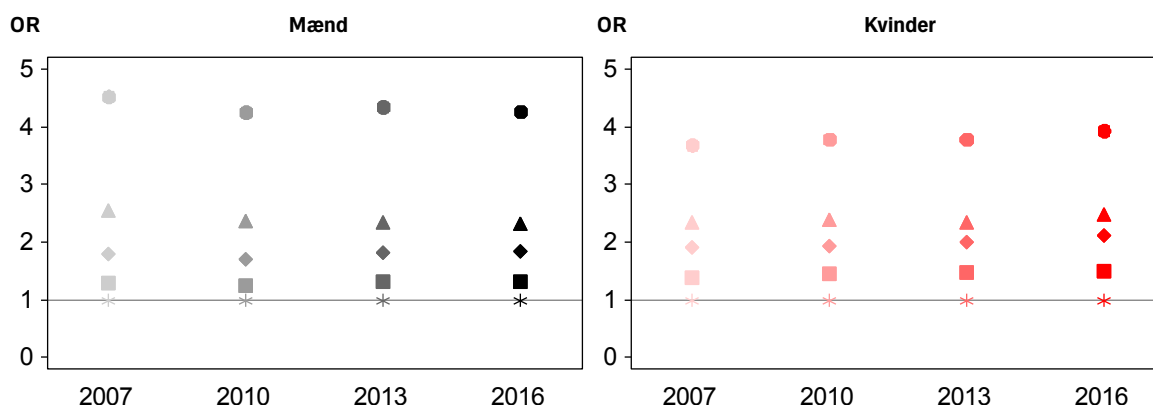
Udvikling 2007-2016: Figur 20.10 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af svær psykisk lidelse i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I enkelte af uddannelsesgrupperne ses en tendens til et fald i odds ratio for forekomsten af svær psykisk

lidelse fra 2007 til 2010 for mænd, mens der for kvinder i enkelte grupper ses en tendens til en stigning.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have svær psykisk lidelse blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2007 til 2016, hverken for mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af svær psykisk lidelse er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 14: I tabel 14.2 opgøres forekomsten af svær psykisk lidelse i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af svær psykisk lidelse for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af svær psykisk lidelse også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.10 Odds ratio for forekomst af svær psykisk lidelse i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.12 Demens og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af demens blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2007 til 2016. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2016: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have demens blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.11). Der er således social ulighed i forekomsten af demens for begge køn, og denne ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd.

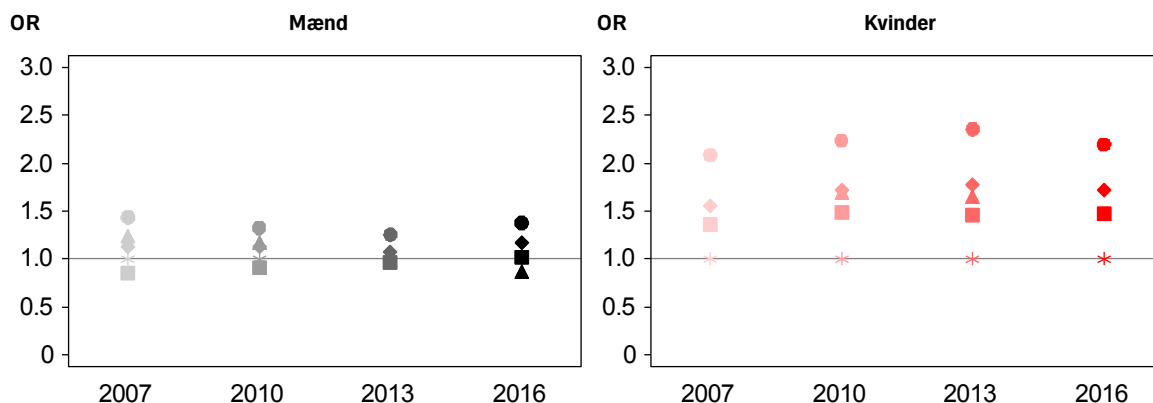
Udvikling 2007-2016: Figur 20.11 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af demens i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I næsten alle uddannelsesgrupper ses for mænd en tendens til, at odds ratio for forekomsten af demens falder fra 2007 til 2013 og derefter stiger til 2016. For kvinder er der i flere uddannelsesgrupper en tendens til en stigning i odds ratio for

forekomsten af demens fra 2007 til 2013, hvorefter der ses et fald til 2016.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have demens blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2007 til 2016, hverken for mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af demens er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 15: I tabel 15.2 opgøres forekomsten af demens i 2016 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af demens for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af demens også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.11 Odds ratio for forekomst af demens i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2016



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2016 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2016 er statistisk signifikant forskellig
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2016 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.13 Slidgigt og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af slidgigt blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2010 til 2017. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

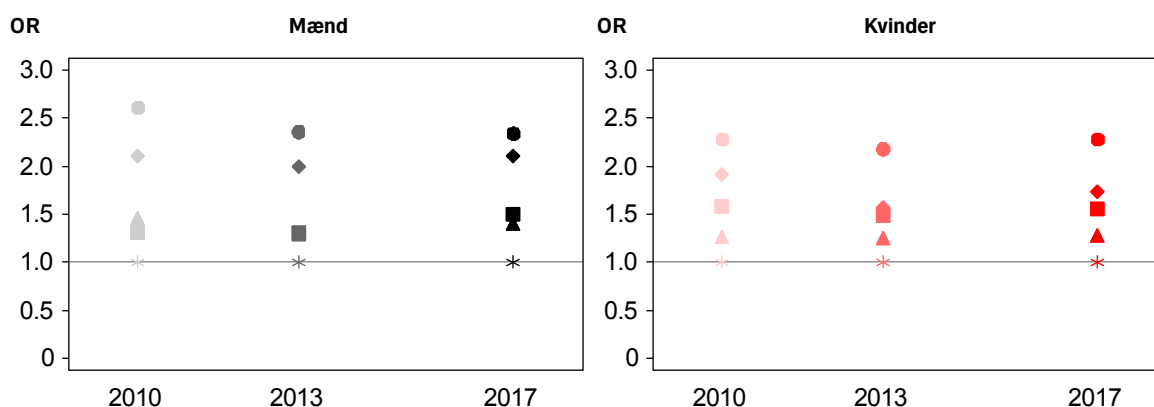
Status i 2017: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have slidgigt blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.12). Der er således social ulighed i forekomsten af slidgigt for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Udvikling 2010-2017: Figur 20.12 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af slidgigt i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I flere af uddannelsesgrupperne ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af slidgigt falder fra 2010 til 2013 og derefter stiger eller er uændret for mænd og kvinder.

Analysen viser, at sandsynligheden for at have slidgigt blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af slidgigt er uændret i perioden for mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 16: I tabel 16.2 opgøres forekomsten af slidgigt i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af slidgigt for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af slidgigt også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 20.12 Odds ratio for forekomst af slidgigt i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.14 Rygsygdom og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af rygsygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2010 til 2017. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have rygsygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.13). Der er således social ulighed i forekomsten af rygsygdom for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

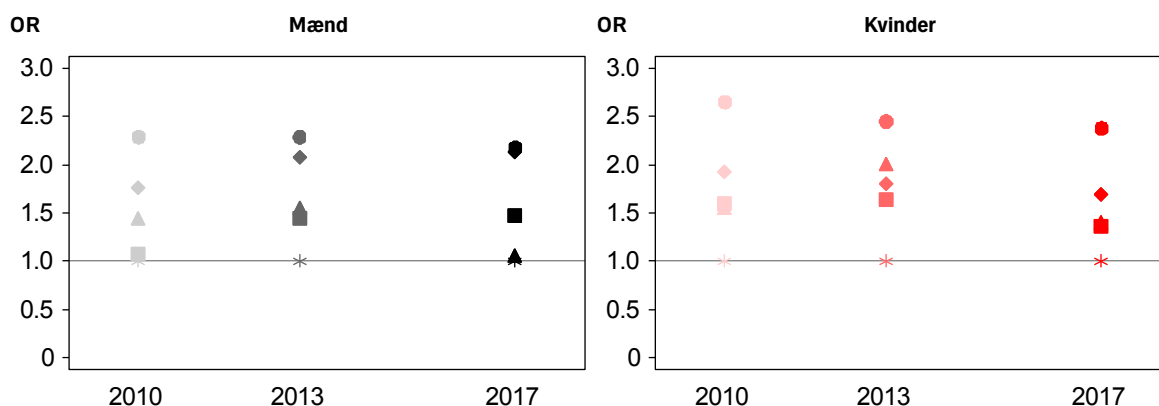
Udvikling 2010-2017: Figur 20.13 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af rygsygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I de fleste uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af rygsygdom ligger lavere i 2010 end i 2017 for mænd, fraset borgere med grundskoleuddannelse. For kvinder

er der tendens til, at odds ratio for forekomsten af rygsygdom i de fleste uddannelsesgrupper ligger højere i 2010 end i 2017.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have rygsygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af rygsygdom er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 17: I tabel 17.2 opgøres forekomsten af rygsygdom i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af rygsygdom for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af rygsygdom også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed i forekomsten af rygsygdom er gældende for begge køn.

Figur 20.13 Odds ratio for forekomst af rygsygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.15 Allergi og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af allergi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2010 til 2017. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

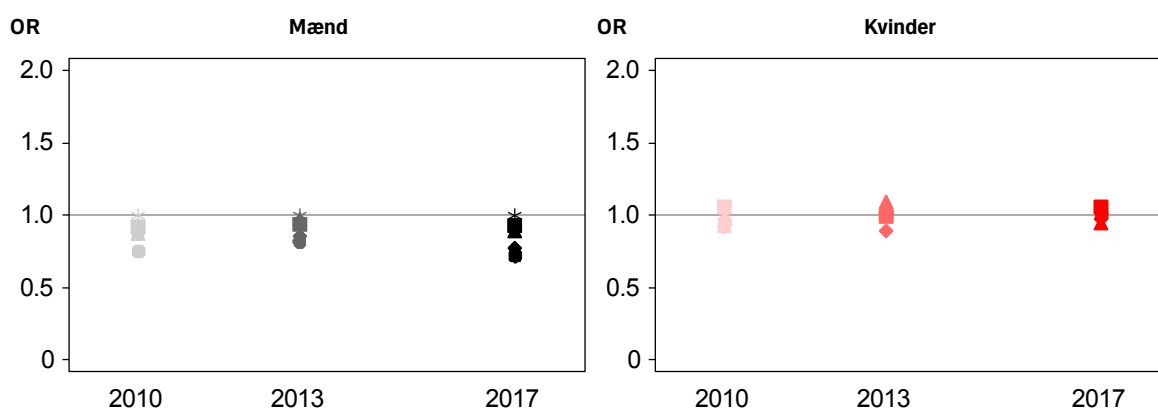
Status i 2017: For mænd er der mindre sandsynlighed for at have allergi blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse, mens der for kvinder ikke ses sammenhæng mellem uddannelse og forekomst af allergi (Figur 20.14). Der er således omvendt social ulighed i forekomsten af allergi for mænd, og ingen social ulighed i forekomsten af allergi for kvinder.

Udvikling 2010-2017: Figur 20.14 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af allergi i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Fra 2010 til 2017 er odds ratio for forekomsten af allergi stort set uændret for begge køn.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have allergi blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke er statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller kvinder. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af allergi er uændret i perioden for både mænd og kvinder.

Sammenligning med resultater fra kapitel 18: I tabel 18.2 opgøres forekomsten af allergi i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og det ses at forekomsten af allergi er højest blandt borgere med lang videregående uddannelse og lavest blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse (omvendt social ulighed), men at forekomsten kun varierer lidt mellem de forskellige uddannelsesgrupper. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit også en omvendt social ulighed i forekomst af allergi blandt mænd, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, mens der ikke ses nogen sammenhæng mellem uddannelse og forekomst af allergi blandt kvinder.

Figur 20.14 Odds ratio for forekomst af allergi i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for mænd, men ikke for kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2017 er statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder

20.16 Hyppig hovedpine eller migræne og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomst af hyppig hovedpine eller migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder. Herudover beskrives udviklingen fra 2010 til 2017. I alle analyser er der taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

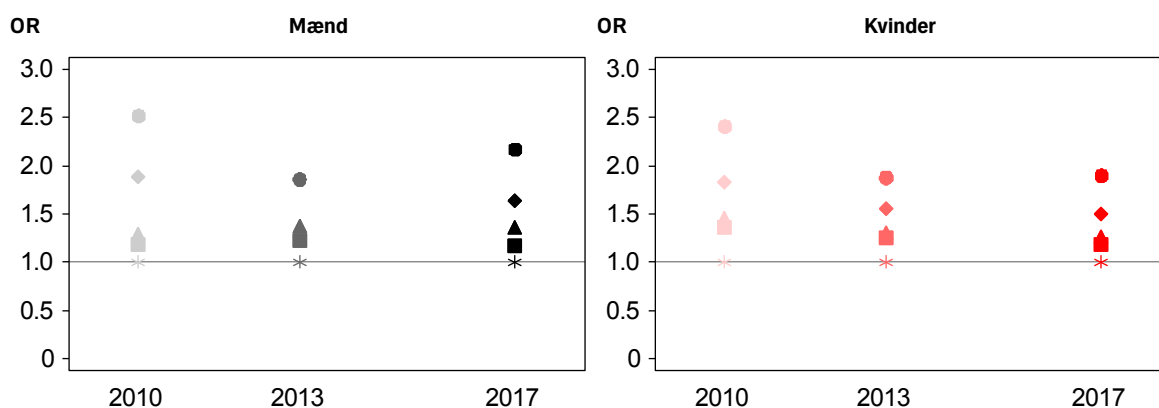
Status i 2017: For både mænd og kvinder er der større sandsynlighed for at have hyppig hovedpine eller migræne blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse (Figur 20.15). Der er således social ulighed i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne for begge køn, og denne ulighed er ikke statistisk signifikant forskellig mellem mænd og kvinder.

Udvikling 2010-2017: Figur 20.15 viser for hvert år odds ratio for forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. I flere uddannelsesgrupper ses en tendens til, at odds ratio for forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne ligger lavere i 2017 end i 2010 for både mænd og kvinder.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have hyppig hovedpine eller migræne blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse er faldet fra 2010 til 2017 for kvinder, men ikke er statistisk signifikant ændret for mænd. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er faldet i perioden for kvinder, men er uændret for mænd.

Sammenligning med resultater fra kapitel 19: I tabel 19.2 opgøres forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper, og der ses en højere forekomst af hyppig hovedpine eller migræne for borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I overensstemmelse hermed viser analyserne i dette afsnit, at den sociale ulighed i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed i forekomsten af hyppig hovedpine eller migræne er gældende for begge køn.

Figur 20.15 Odds ratio for forekomst af hyppig hovedpine eller migræne i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er statistisk signifikant forskellig for kvinder men ikke for mænd

20.17 Kontakt til sundhedsvæsenet i 2015

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2015 blandt borgere med kroniske sygdomme. Alle analyser er opdelt på køn og der er taget hensyn til fordelingen af alder og etnisk baggrund.

For alle sygdomme (registerbaserede) vises kontakter til praksissektoren samt udvalgte somatiske kontakter til hospitalssektoren. Derudover vises psykiatriske kontakter for svær psykisk lidelse samt for langvarig depression og multisygdom. For enkelte sygdomme har det ikke været muligt at vise alle kontakttyper på grund af sparsomme data.

For de kontakttyper, hvor der er sket en ændring i den sociale ulighed fra 2007 til 2015, beskrives udviklingen i afsnit 20.18.

Figurerne i afsnit 20.20 viser, for hver sygdom, odds ratio for kontakt til henholdsvis almen praksis, speciallægepraksis, somatiske ambulante besøg, akutte somatiske indlæggelser, psykiatriske ambulante besøg og psykiatriske indlæggelser i 2007, 2010, 2013 og 2015.

Kontakter til almen praksis

Med hensyn til kontakter til almen praksis i løbet af 2015 ses der for størstedelen af sygdommene og for begge køn social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed større sandsynlighed for at have en kontakt til almen praksis i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. En enkelt undtagelse er mænd med svær psykisk lidelse, hvor der ikke er social ulighed i andelen med kontakt til almen praksis.

Kontakter til speciallægepraksis

Med hensyn til kontakter til speciallægepraksis i løbet af 2015 ses der for størstedelen af de kroniske sygdomme og for begge køn en omvendt social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed mindre sandsynlighed for at have en kontakt til speciallægepraksis i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Enkelte undtagelser er kvinder med diabetes samt mænd og kvinder med demens, hvor der ikke ses nogen forskel i andelen med kontakt til speciallægepraksis for borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse.

Akutte somatiske indlæggelser

Med hensyn til akutte somatiske indlæggelser i løbet af 2015 ses der for alle sygdomme og begge køn en social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed større sandsynlighed for at have en akut somatisk indlæggelse i

forhold til borgere med lang videregående uddannelse. En enkelt undtagelse er kvinder med demens, hvor der ikke er nogen forskel.

Planlagte somatiske ambulante besøg

Med hensyn til planlagte somatiske ambulante besøg i løbet af 2015 ses der for flere af sygdommene og for begge køn social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed større sandsynlighed for at have et ambulante besøg i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Dette gælder for borgere med hjertesygdom, KOL, astma, langvarig depression, svær psykisk lidelse samt mænd med apopleksi. I modsætning hertil ses der for borgere med diabetes en omvendt social ulighed. Borgere med diabetes og grundskoleuddannelse har dermed mindre sandsynlighed for at have et ambulante besøg i forhold til borgere med diabetes med lang videregående uddannelse. For kvinder med apopleksi samt mænd og kvinder med inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, demens eller tre eller flere kroniske sygdomme ses ingen social ulighed i planlagte somatiske ambulante besøg.

Psykiatriske indlæggelser

Med hensyn til psykiatriske indlæggelser i løbet af 2015 ses der for de sygdomme, hvor psykiatriske indlæggelser er opgjort og vist (langvarig depression, svær psykisk lidelse og tre eller flere kroniske sygdomme), og for begge køn social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed større sandsynlighed for at have en psykiatrisk indlæggelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Samme tendenser ses for diabetes, hjertesygdom, KOL og astma (resultater ikke vist). Eneste undtagelse er kvinder med hjertesygdom eller tre eller flere kroniske sygdomme hvor der ikke er social ulighed i andelen med en psykiatrisk indlæggelse.

Psykiatriske ambulante besøg

Med hensyn til psykiatriske ambulante besøg i løbet af 2015 ses der for de sygdomme, hvor psykiatriske indlæggelser er opgjort og vist (langvarig depression, svær psykisk lidelse og tre eller flere kroniske sygdomme), og for begge køn social ulighed. Borgere med grundskoleuddannelse har dermed større sandsynlighed for at have et psykiatrisk ambulante besøg i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Samme tendenser ses for diabetes, hjertesygdom, KOL og astma (resultater ikke vist). Eneste undtagelse er kvinder med tre eller flere kroniske sygdomme, hvor der ikke er social ulighed i andelen med et psykiatrisk ambulante besøg.

20.18 Kontakt til sundhedsvæsenet - udvikling fra 2007 til 2015

Fald i social ulighed

For flere af sygdomsgrupperne ses en mindsket social ulighed fra 2007 til 2015 i kontakter til sundhedsvæsenet.

For kontakter til almen praksis ses et fald i den sociale ulighed for mænd og kvinder med KOL, mænd med hjertesygdom eller inflammatorisk ledsygdom og for kvinder med langvarig depression. Selvom der er sket et fald i den sociale ulighed for disse sygdomsgrupper, er den dog ikke fuldstændigt udlignet.

Hvad angår kontakter til speciallægepraksis var der i 2007 en omvendt social ulighed for mænd med svær psykisk lidelse eller hjertesygdom. Uligheden er mindsket, men ikke fuldstændig udlignet i 2015 og andelen af mænd med svær psykisk lidelse eller hjertesygdom med kontakt til speciallægepraksis er derfor stadig lavere for borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse i 2015.

Stigning i social ulighed

For flere af sygdomsgrupperne er den sociale ulighed steget fra 2007 til 2015 med hensyn til kontakter til sundhedsvæsenet.

Dermed er sandsynligheden for at have en kontakt til sundhedsvæsenet steget blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse fra 2007 til 2015.

For akutte somatiske indlæggelser ses en stigning i den sociale ulighed for kvinder med astma og for mænd med knogleskørhed, mens der for planlagte somatiske ambulante besøg er sket en stigning i uligheden blandt mænd med astma. Hvad angår psykiatriske ambulante besøg ses en stigning i uligheden for mænd og kvinder med svær psykisk lidelse og for mænd med langvarig depression eller tre eller flere kroniske sygdomme. For alle de nævnte har uligheden stadig samme retning i 2007 og i 2015. Dette gælder dog ikke tre eller flere kroniske sygdomme, hvor der i 2007 var en omvendt social ulighed med hensyn til psykiatriske ambulante besøg. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme og grundskoleuddannelse var der færre med et psykiatrisk ambulante besøg i forhold til borgere med lang videregående uddannelse, mens det omvendte gør sig gældende i 2015.

20.19 Opsummering

For langt de fleste kroniske sygdomme ses en social ulighed i forekomsten af sygdom og i kontakter til sundhedsvæsenet. Dog er der en tendens til, at der for kontakter til speciallægepraksis er omvendt social ulighed for de fleste sygdomsgrupper.

For forekomsten af flere af sygdommene ses endvidere en stigning i den sociale ulighed over tid, hvilket gælder for mænd og kvinder med diabetes, KOL, inflammatorisk ledsygdom og langvarig depression samt for mænd med knogleskørhed. Omvendt ses et fald i den sociale ulighed for mænd og kvinder med astma, samt for kvinder med hyppig hovedpine eller migræne.

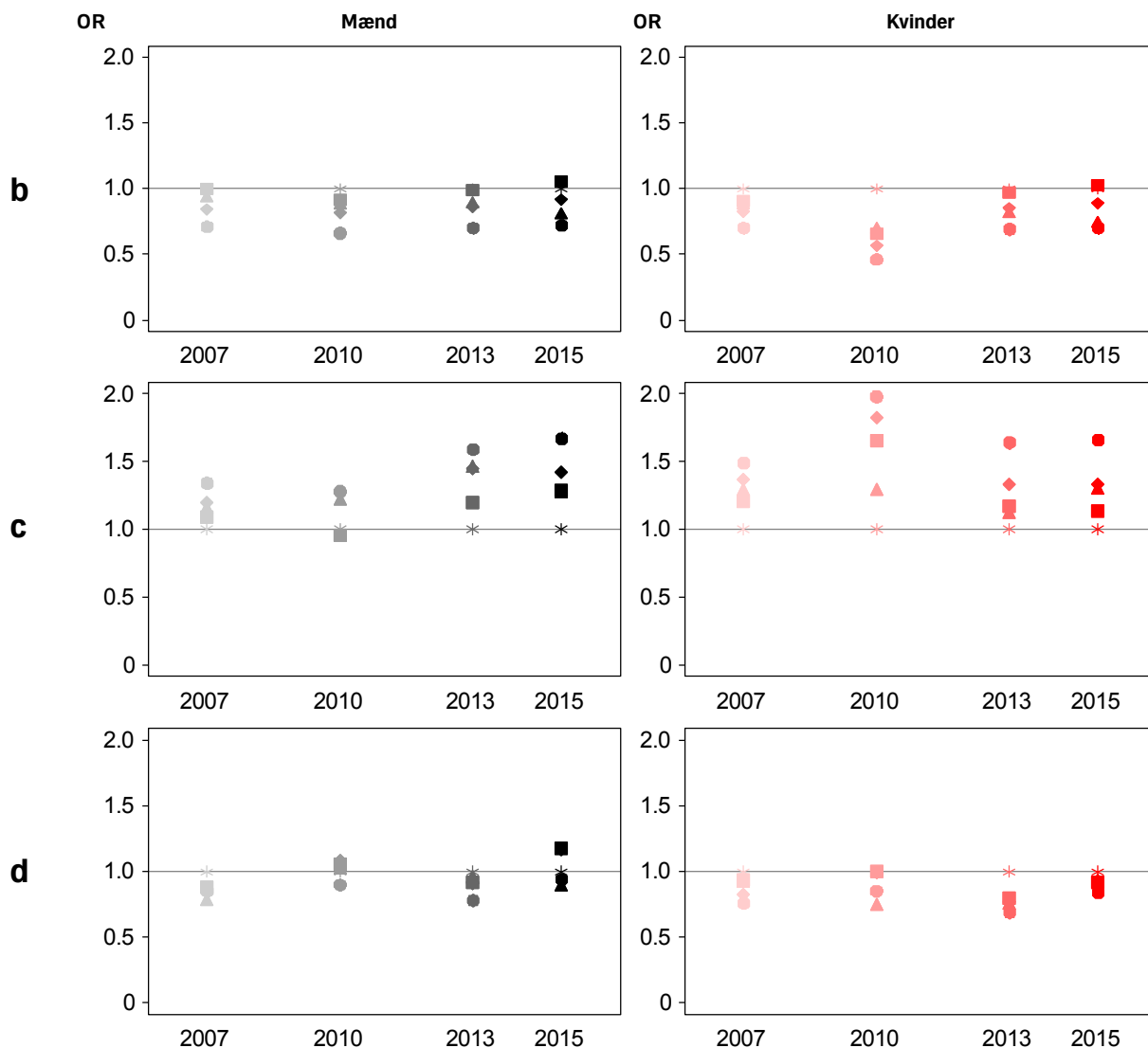
For kontakter til sundhedsvæsenet ses et fald i den sociale ulighed for kontakter til almen praksis for mænd og kvinder

med KOL, mænd med hjertesygdom eller inflammatorisk ledsygdom og for kvinder med langvarig depression. Derudover ses et fald i den sociale ulighed for mænd med svær psykisk lidelse og for mænd med hjertesygdom hvad angår kontakter til speciallægepraksis. For ingen af sygdomsgrupperne er den sociale ulighed udlignet.

Omvendt ses en stigning i social ulighed, hvad angår psykiatriske ambulante besøg, for mænd med langvarig depression eller tre eller flere kroniske sygdomme samt for mænd og kvinder med svær psykisk lidelse. Derudover ses en stigning i social ulighed for planlagte somatiske ambulante besøg for mænd med astma. Desuden ses en stigning i social ulighed hvad angår akutte indlæggelser for kvinder med astma og for mænd med knogleskørhed.

20.20 Figurer for social ulighed i kontakter

Figur 20.16 Tre eller flere kroniske sygdomme. Odds ratio for kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: -

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

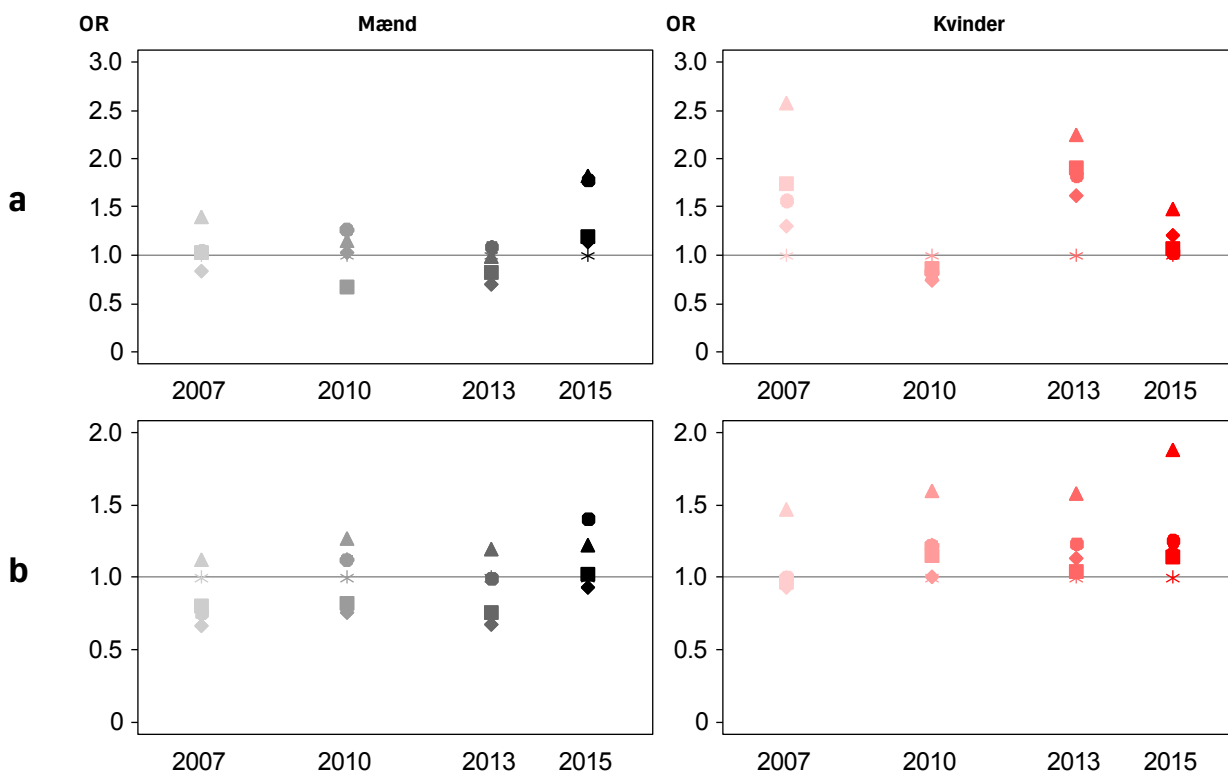
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for speciallægepraksis og indlæggelse men ikke statistisk signifikant for ambulant besøg

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår alle tre kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder, hvad angår alle tre kontakttyper

Figur 20.17 Tre eller flere kroniske sygdomme. Odds ratio for psykiatrisk indlæggelse og psykiatrisk ambulant besøg blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Psykiatrisk indlæggelse

Figur b: Psykiatrisk ambulant besøg

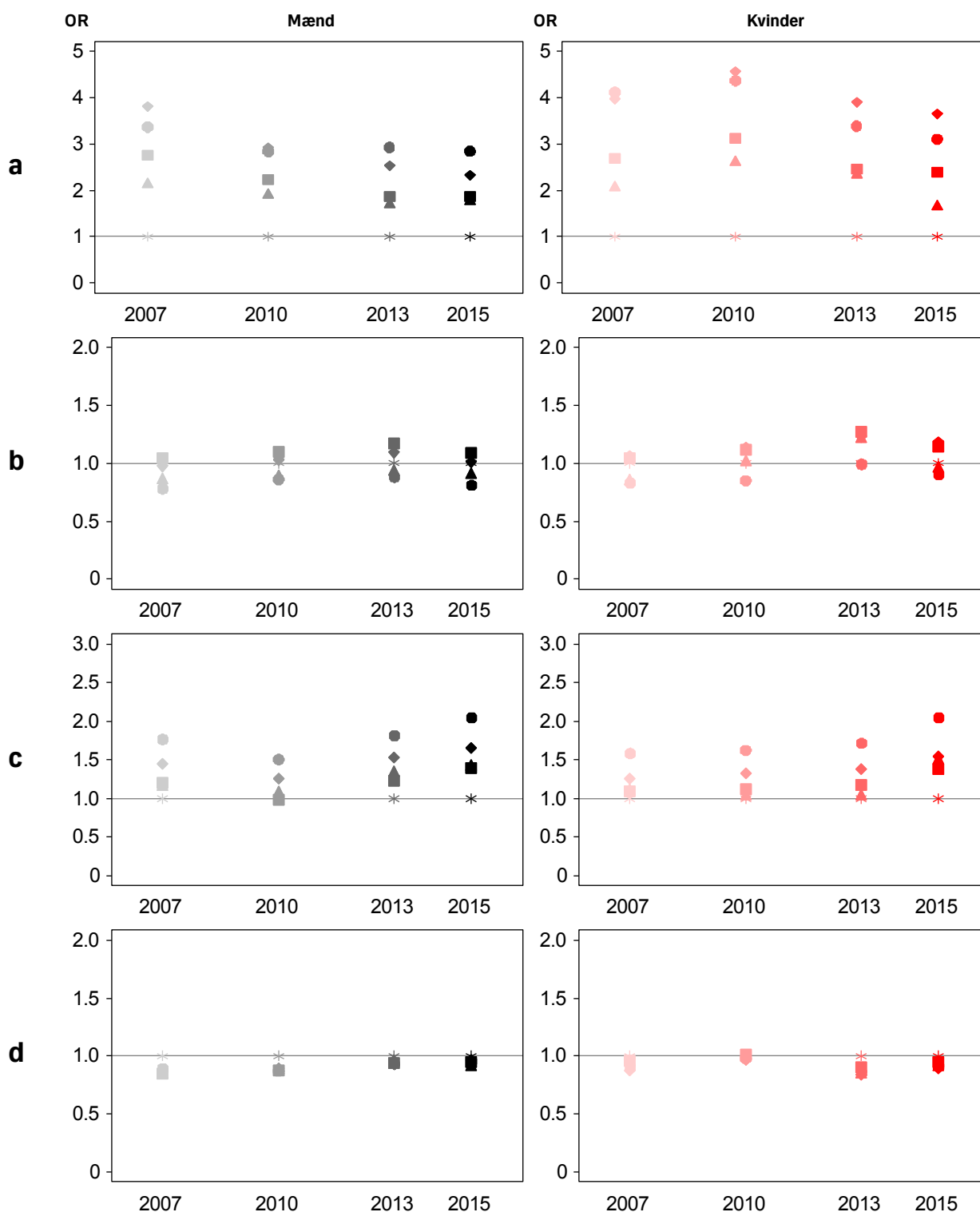
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for mænd for psykiatrisk indlæggelse og ambulant besøg, men ikke for kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår de to kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for psykiatrisk ambulant besøg for mænd, men ikke for kvinder eller hvad angår psykiatrisk indlæggelse

Figur 20.18 Diabetes. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med diabetes i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

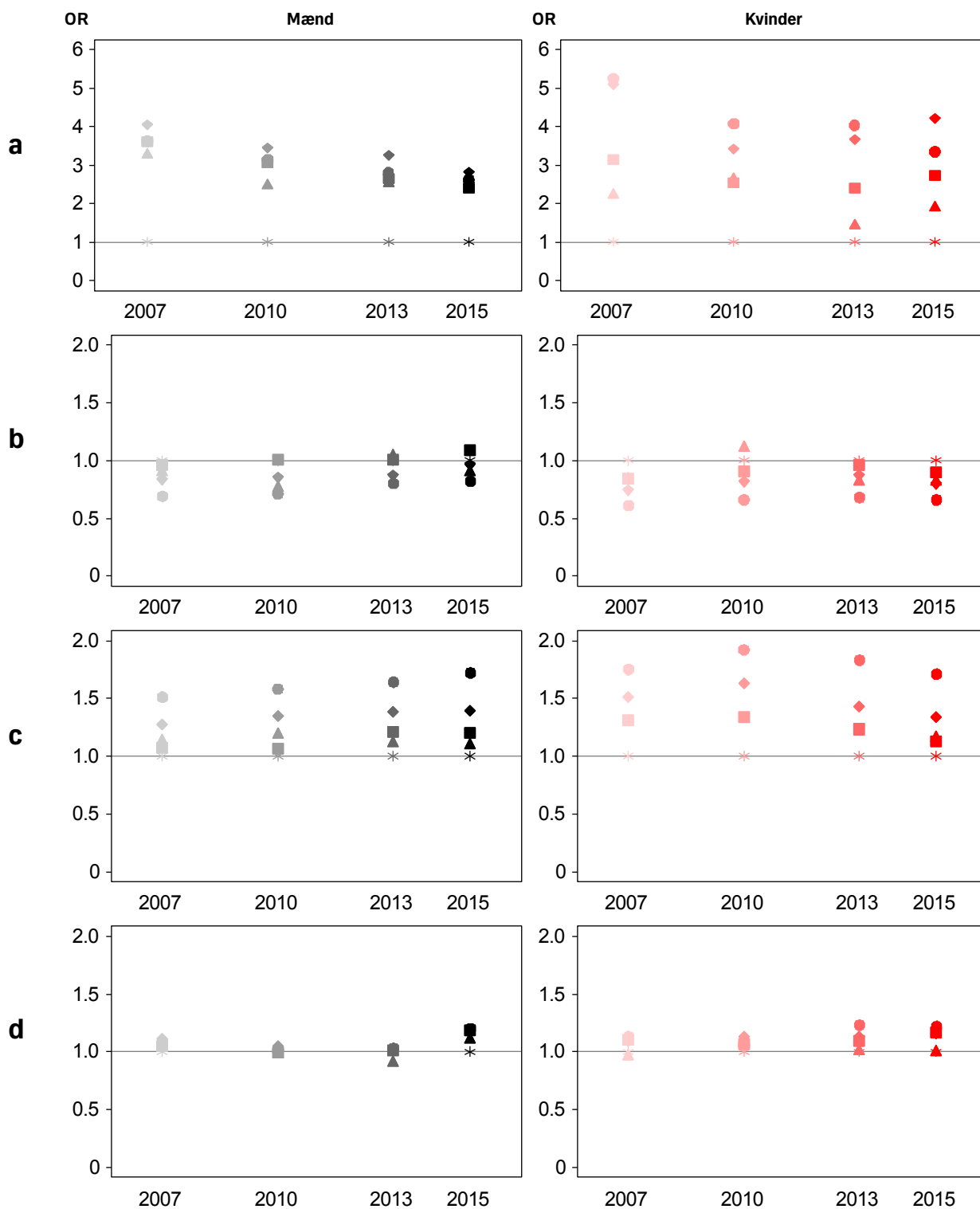
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for almen praksis, indlæggelse og ambulant besøg og blandt mænd for speciallægepraksis

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår de fire kontaktttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder, hvad angår alle fire kontaktttyper

Figur 20.19 Hjertesygdom. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med hjertesygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

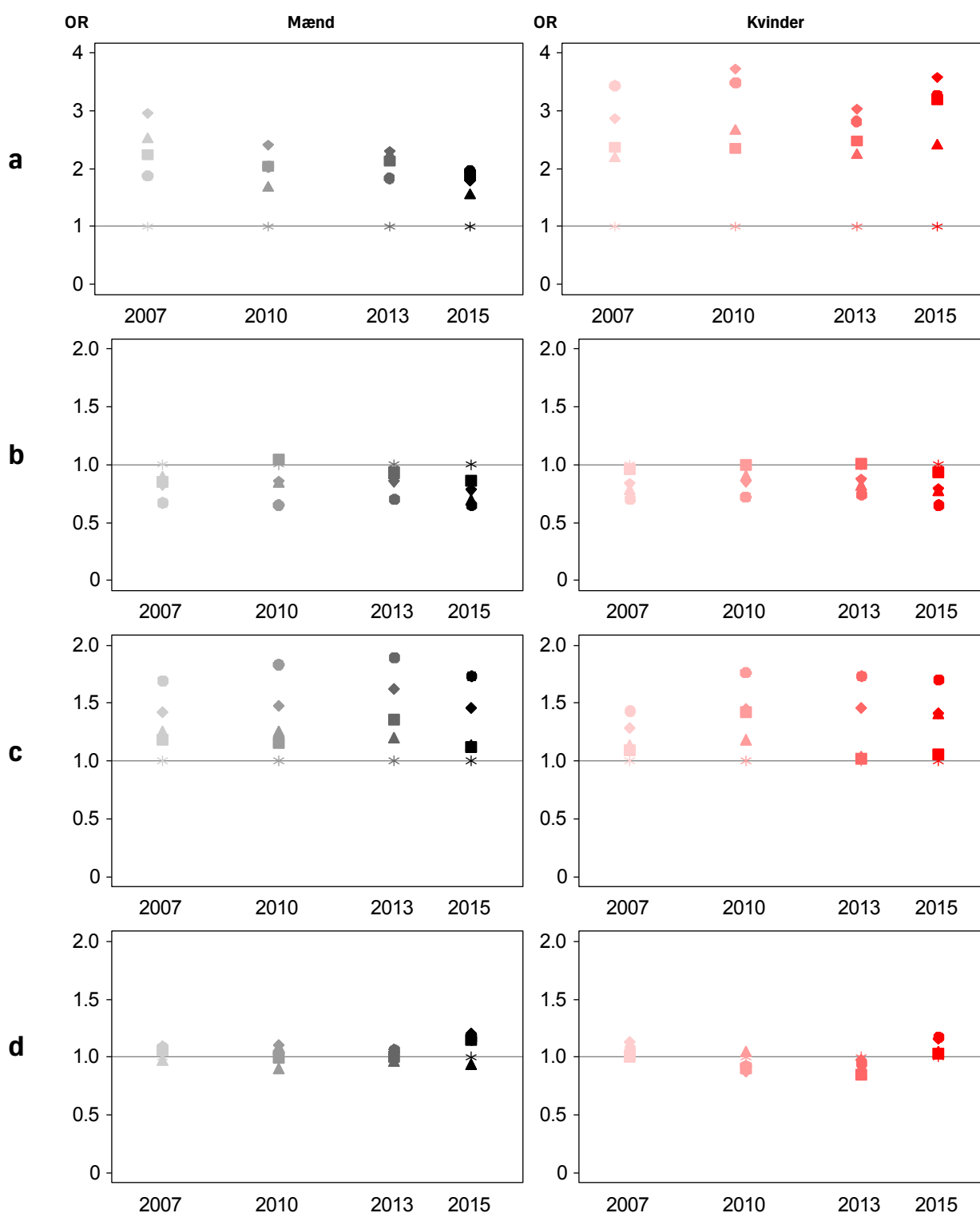
Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for alle fire kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant forskellig for mænd, hvad angår almen praksis og speciallægepraksis, men er ikke statistisk signifikant for indlæggelse og ambulant besøg

Figur 20.20 Apopleksi. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med apopleksi i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

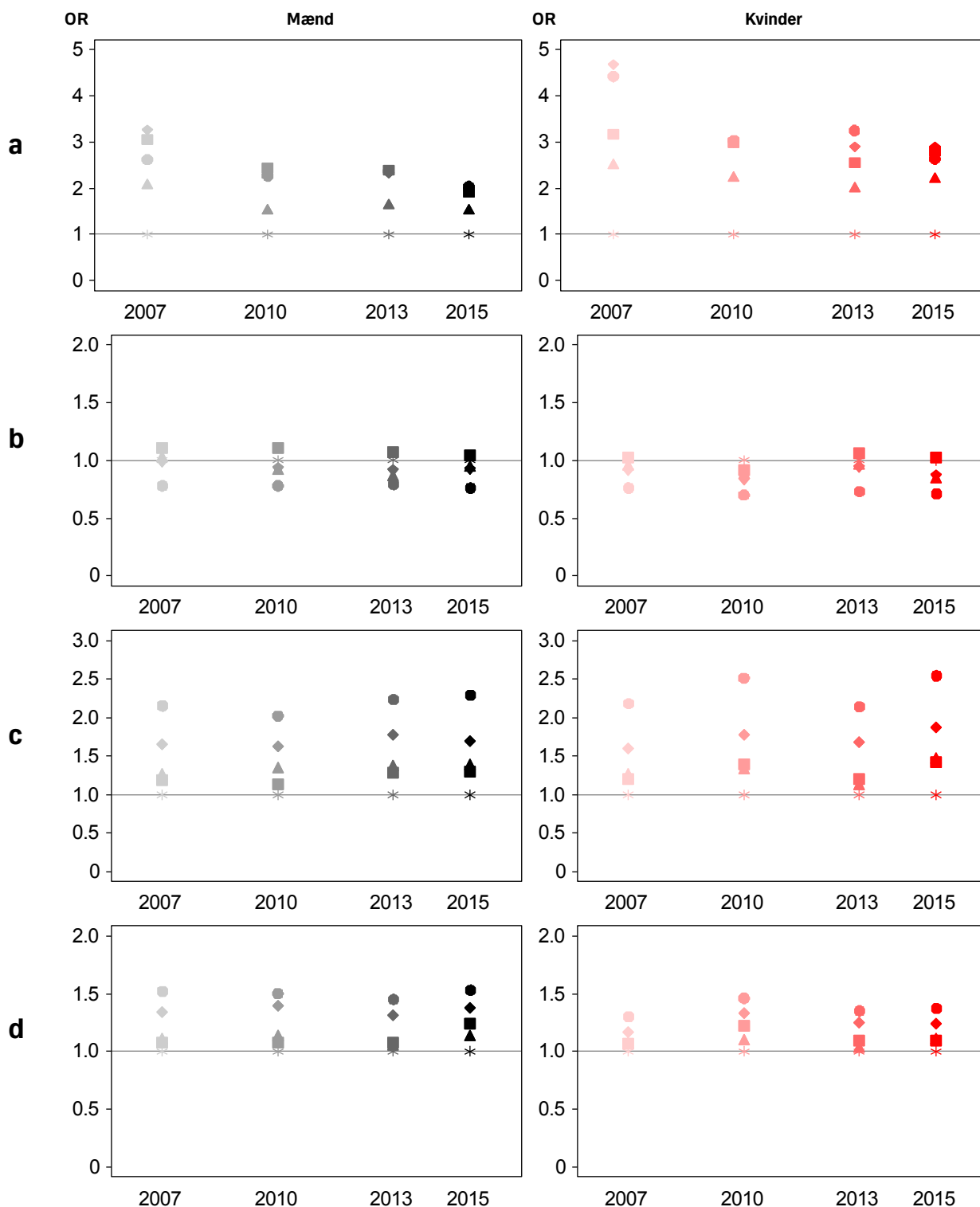
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for almen praksis, speciallægepraksis og indlæggelse, og blandt mænd for ambulant besøg

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår alle fire kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår de fire kontakttyper

Figur 20.21 KOL. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med KOL i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

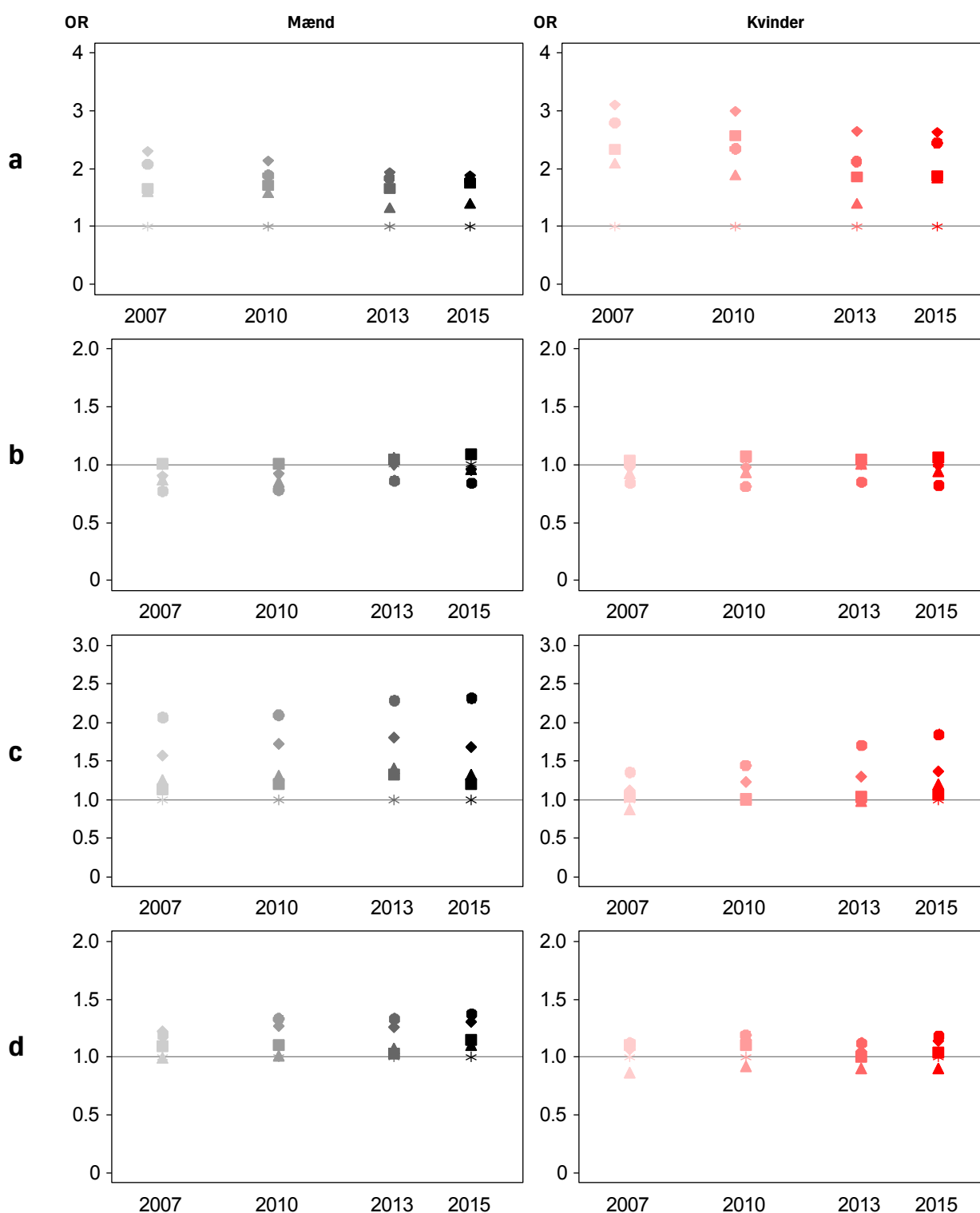
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for alle fire kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for både mænd og kvinder, hvad angår almen praksis, men er ikke statistisk

signifikant for speciallægepraksis, indlæggelse og ambulant besøg

Figur 20.22 Astma. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med astma i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

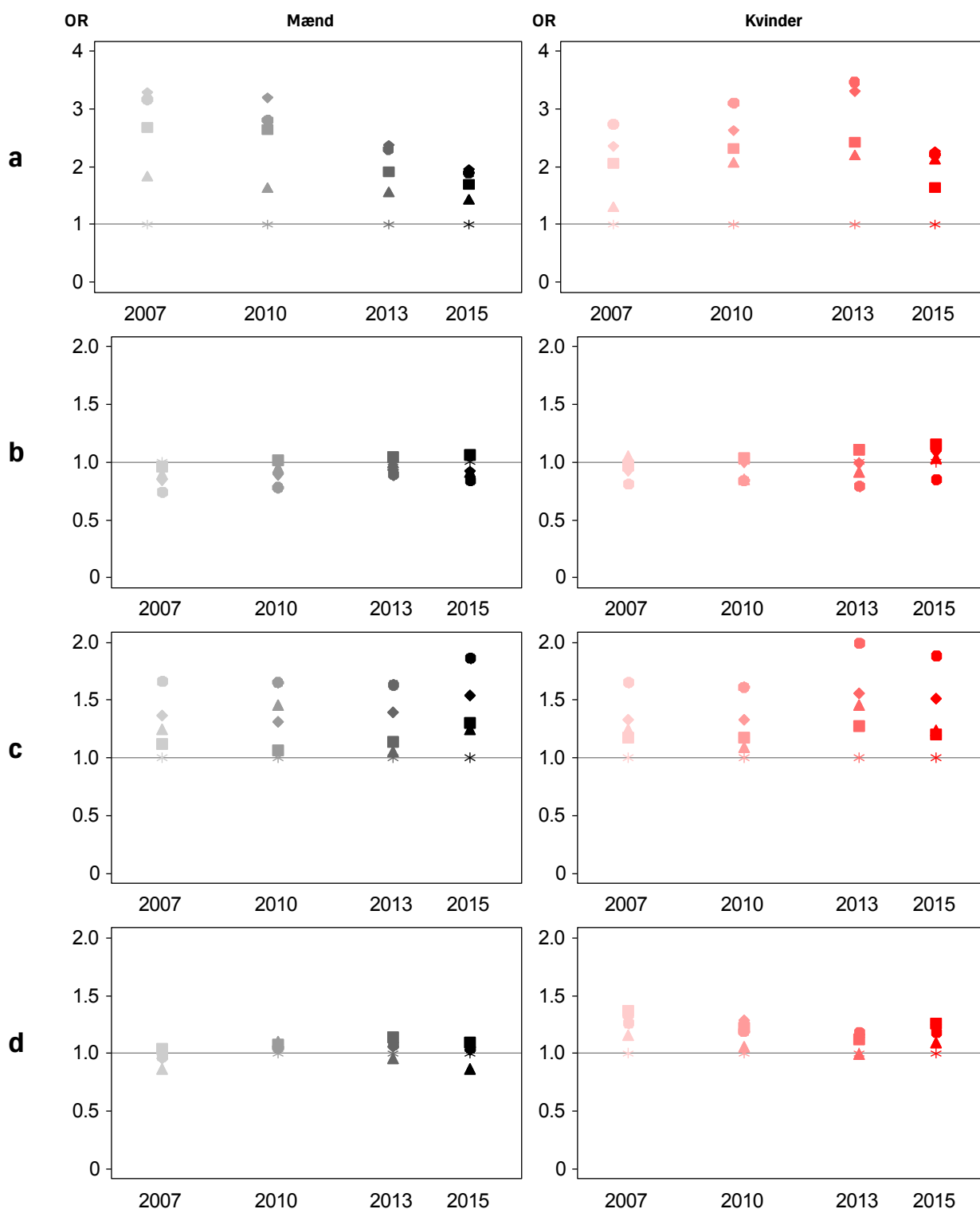
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder for alle fire kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant forskellig, hvad angår almen praksis, indlæggelse og ambulant besøg, men ikke statistisk signifikant for speciallægepraksis

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig blandt kvinder, hvad angår indlæggelse og blandt mænd, hvad angår ambulant besøg

Figur 20.23 Inflammatorisk ledsygdom. Odds ratio for kontakt til almen praksis og speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

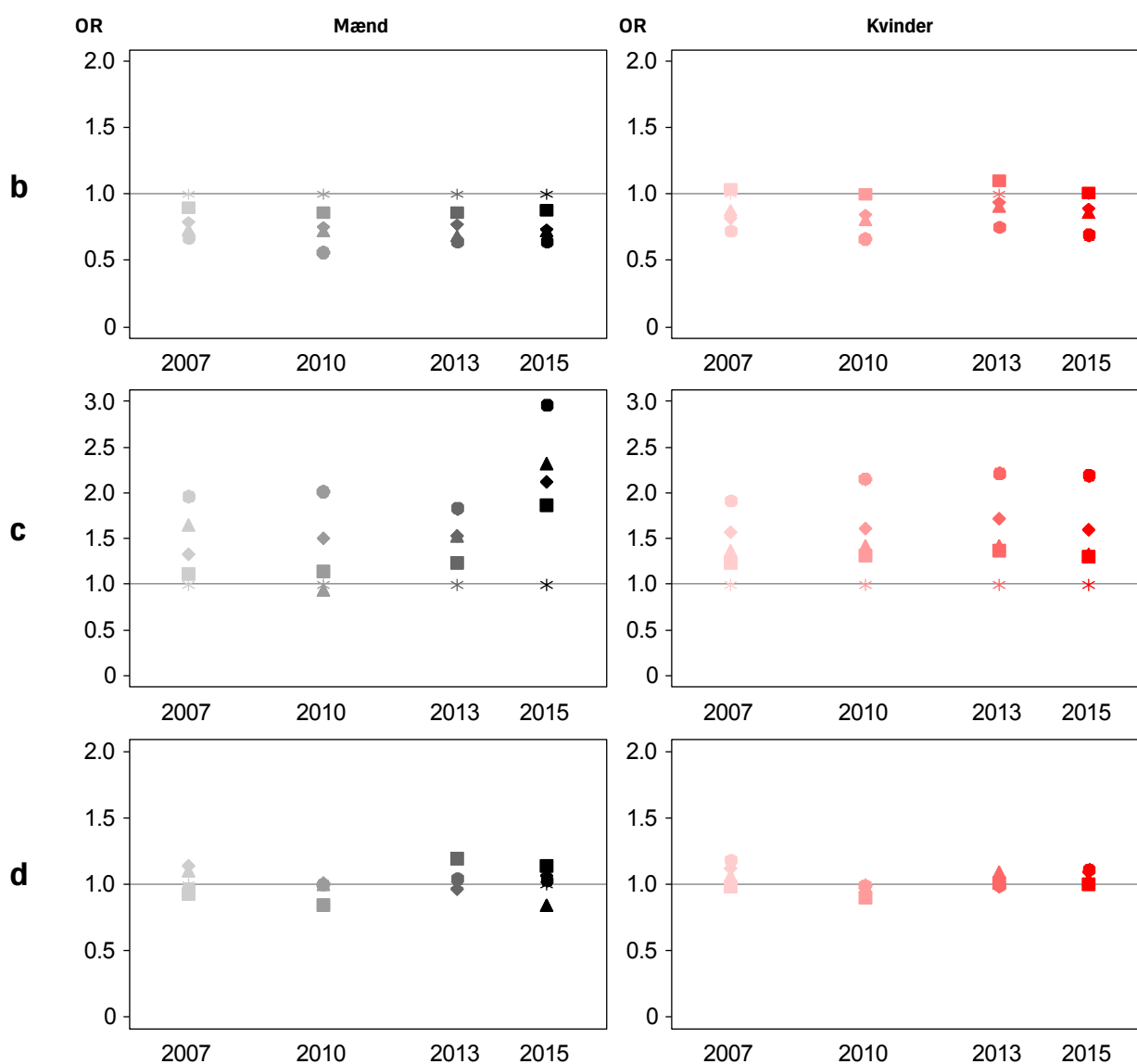
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for almen praksis, speciallægepraksis og indlæggelse, men ikke hvad angår ambulant besøg for både mænd eller kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår de fire kontakttyper

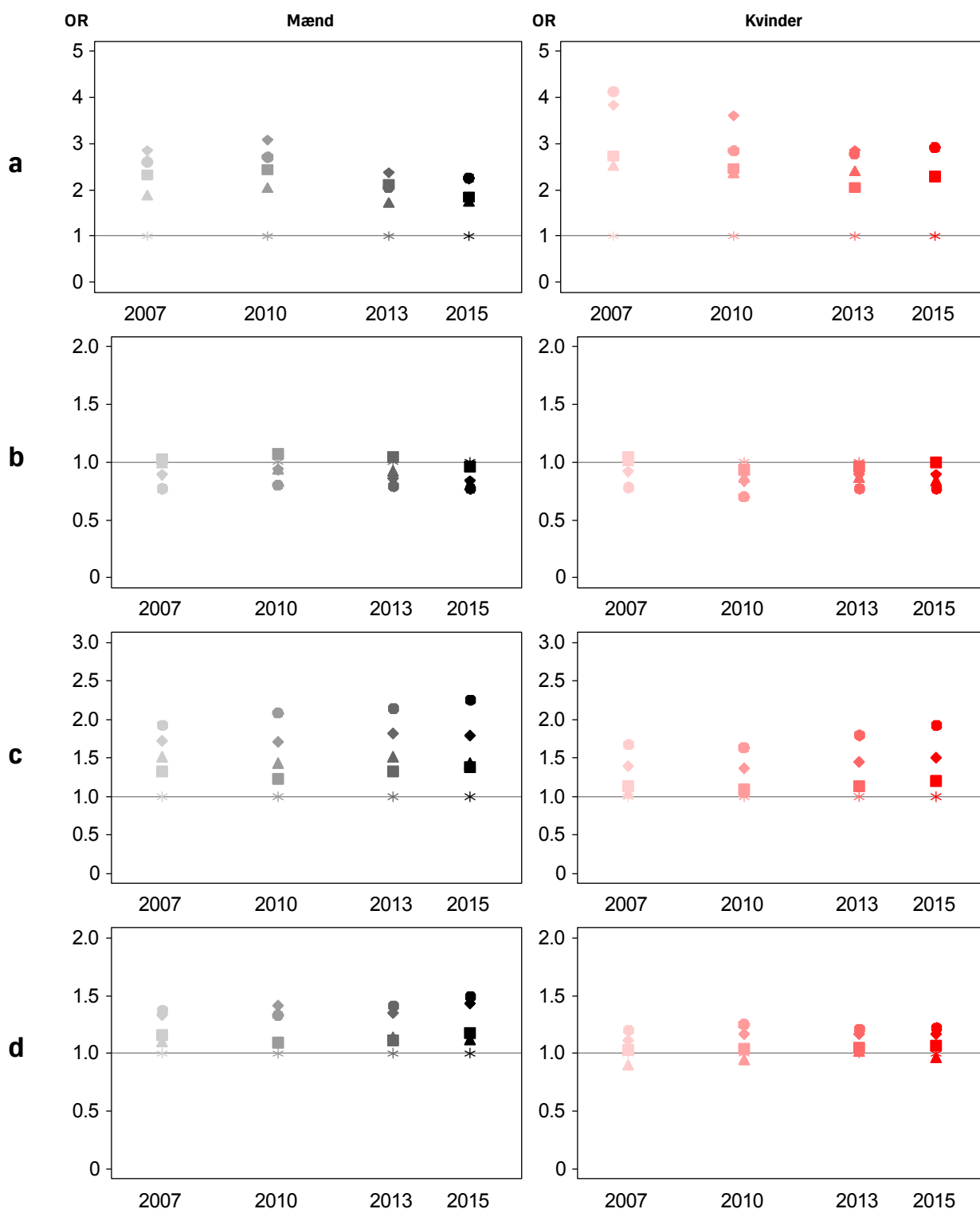
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for almen praksis for mænd, men ikke hvad angår de øvrige kontakttyper

Figur 20.24 Knogleskørhed. Odds ratio for kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med knogleskørhed i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for speciallægepraksis og indlæggelse, men ikke hvad angår ambulant besøg for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er statistisk signifikant forskellig for indlæggelse, men ikke hvad angår de øvrige to kontakttyper
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for indlæggelse for mænd, men ikke hvad angår de øvrige kontakttyper

Figur 20.25 Langvarig depression. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med langvarig depression i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

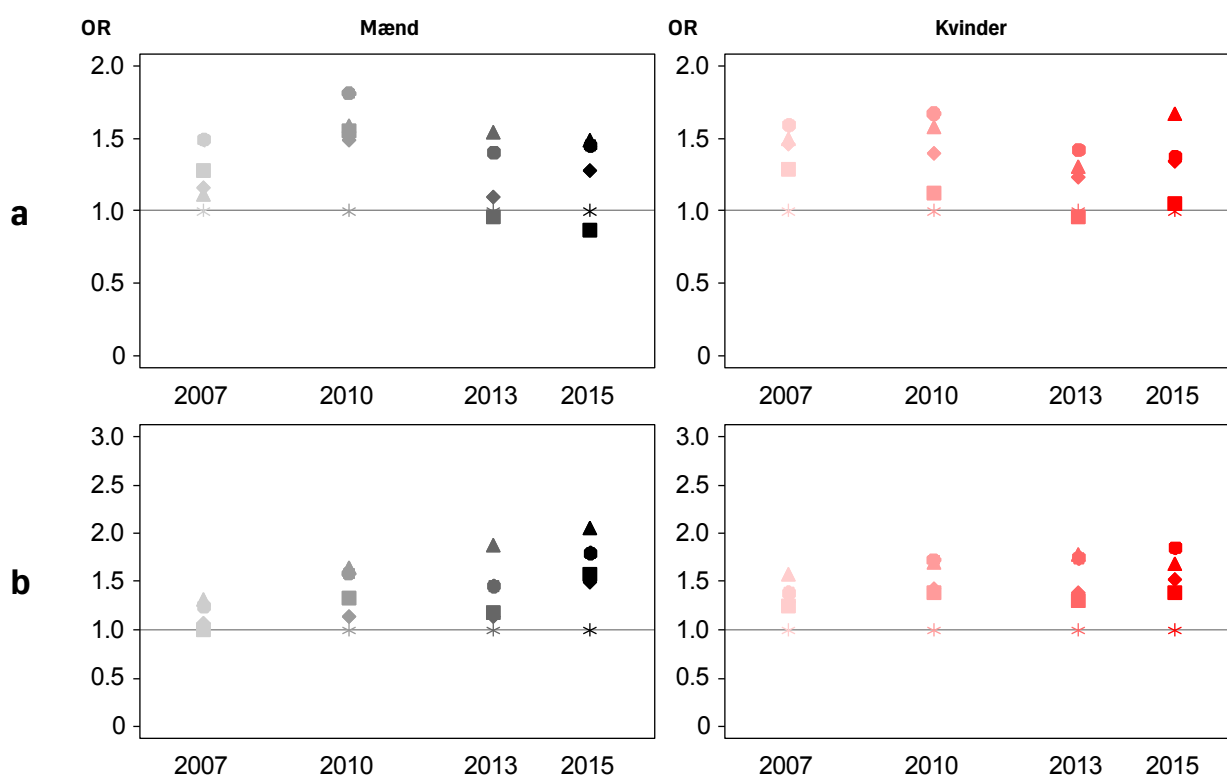
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for almen praksis, speciallægepraksis, indlæggelse samt ambulant besøg for både mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er statistisk signifikant forskellig, hvad angår ambulant besøg, men ikke de øvrige tre kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for almen praksis blandt kvinder, men ikke hvad angår de øvrige kontakttyper

Figur 20.26 Langvarig depression. Odds ratio for psykiatrisk indlæggelse og besøg på psykiatrisk ambulatorium blandt borgere med langvarig depression i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Psykiatrisk indlæggelse

Figur b: Psykiatrisk ambulant besøg

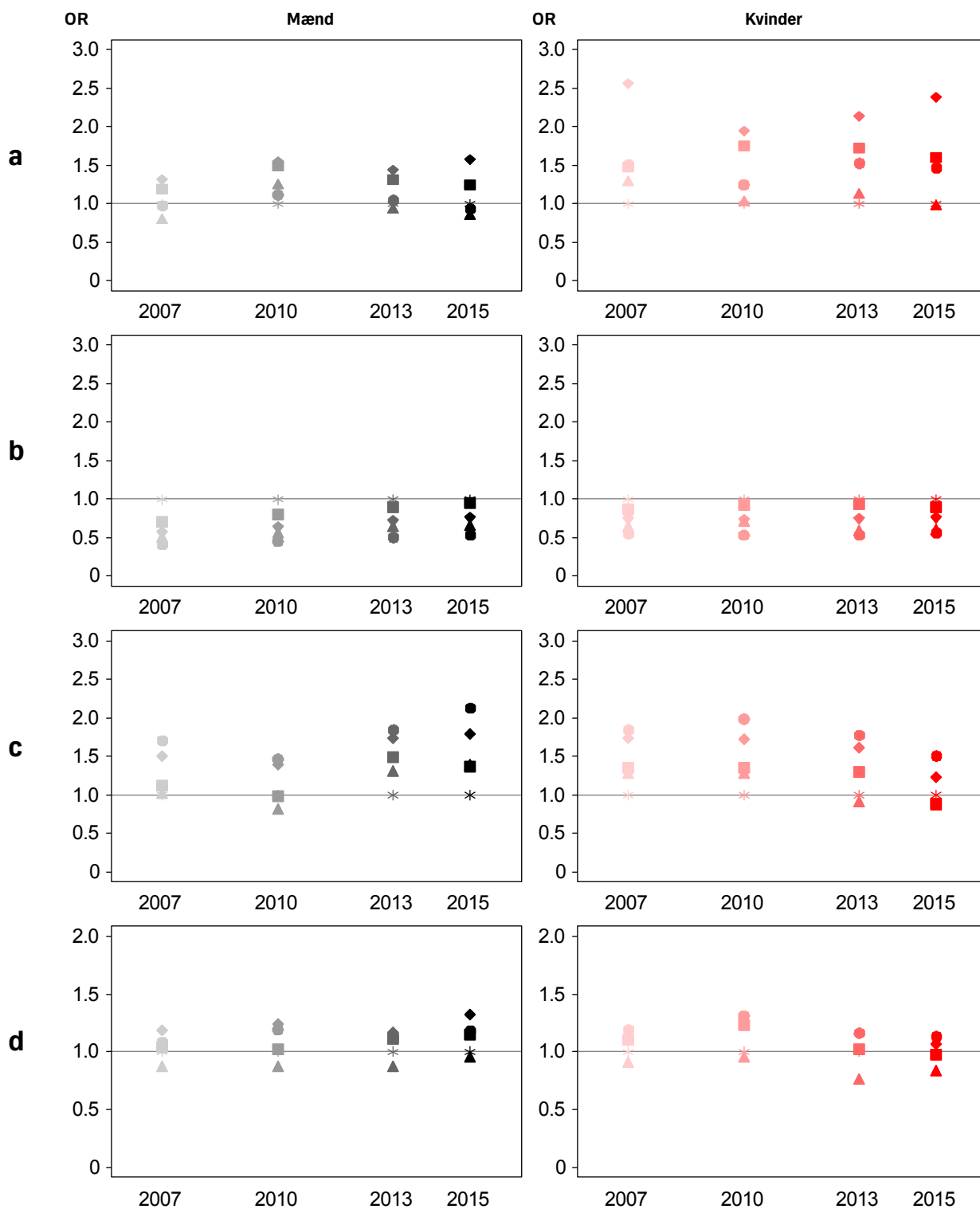
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for psykiatrisk indlæggelse eller psykiatrisk ambulant besøg for både mænd eller kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår de to kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for psykiatrisk ambulant besøg for mænd, men ikke for kvinder og ikke hvad angår psykiatrisk indlæggelse

Figur 20.27 Svær psykisk lidelse. Odds ratio for kontakt til almen praksis, kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med svær psykisk lidelse i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Kontakt til almen praksis

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

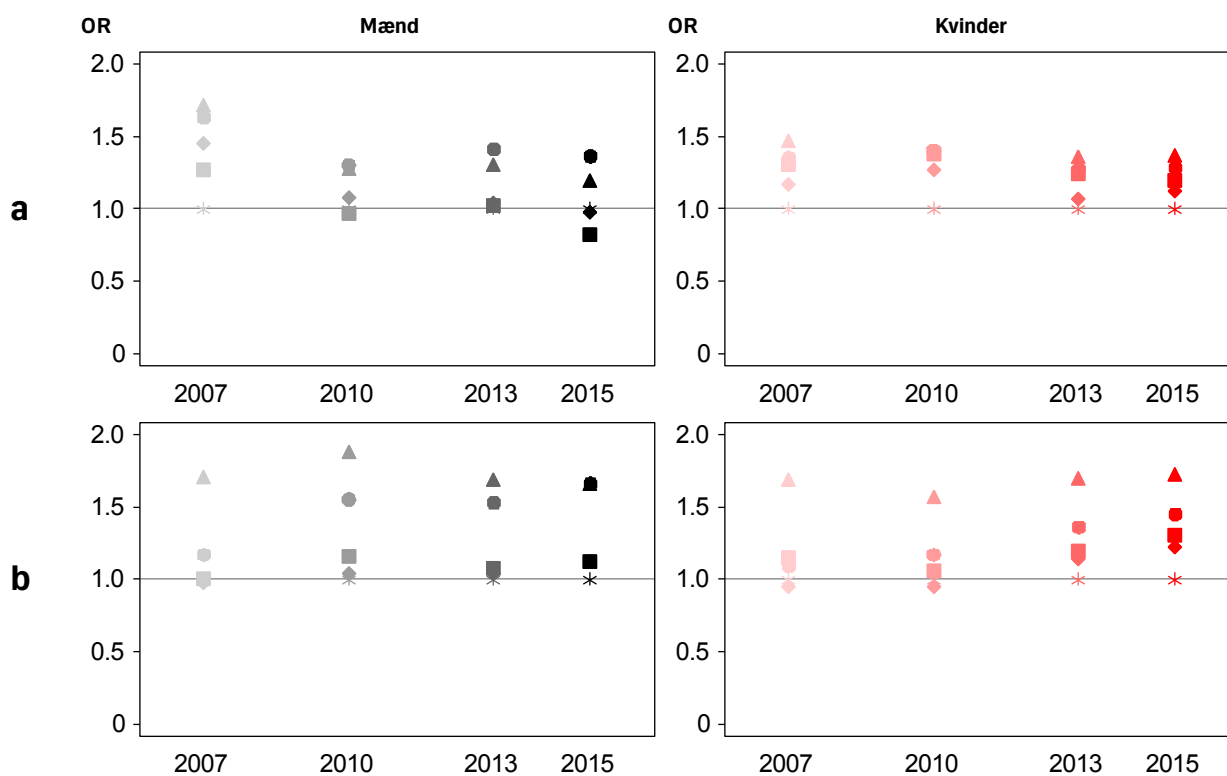
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for speciallægepraksis, indlæggelse og ambulant besøg for både mænd eller kvinder, og derudover også statistisk signifikant for almen praksis blandt kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er statistisk signifikant forskellig, hvad angår almen praksis og indlæggelse, men ikke hvad angår speciallægepraksis og ambulant besøg

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig, hvad angår speciallægepraksis for mænd, mens de øvrige kontakttyper ikke er statistisk signifikante

Figur 20.28 Svær psykisk lidelse. Odds ratio for psykiatrisk indlæggelse og besøg på psykiatrisk ambulatorium blandt borgere med svær psykisk lidelse i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: Psykiatrisk indlæggelse

Figur b: Psykiatrisk ambulant besøg

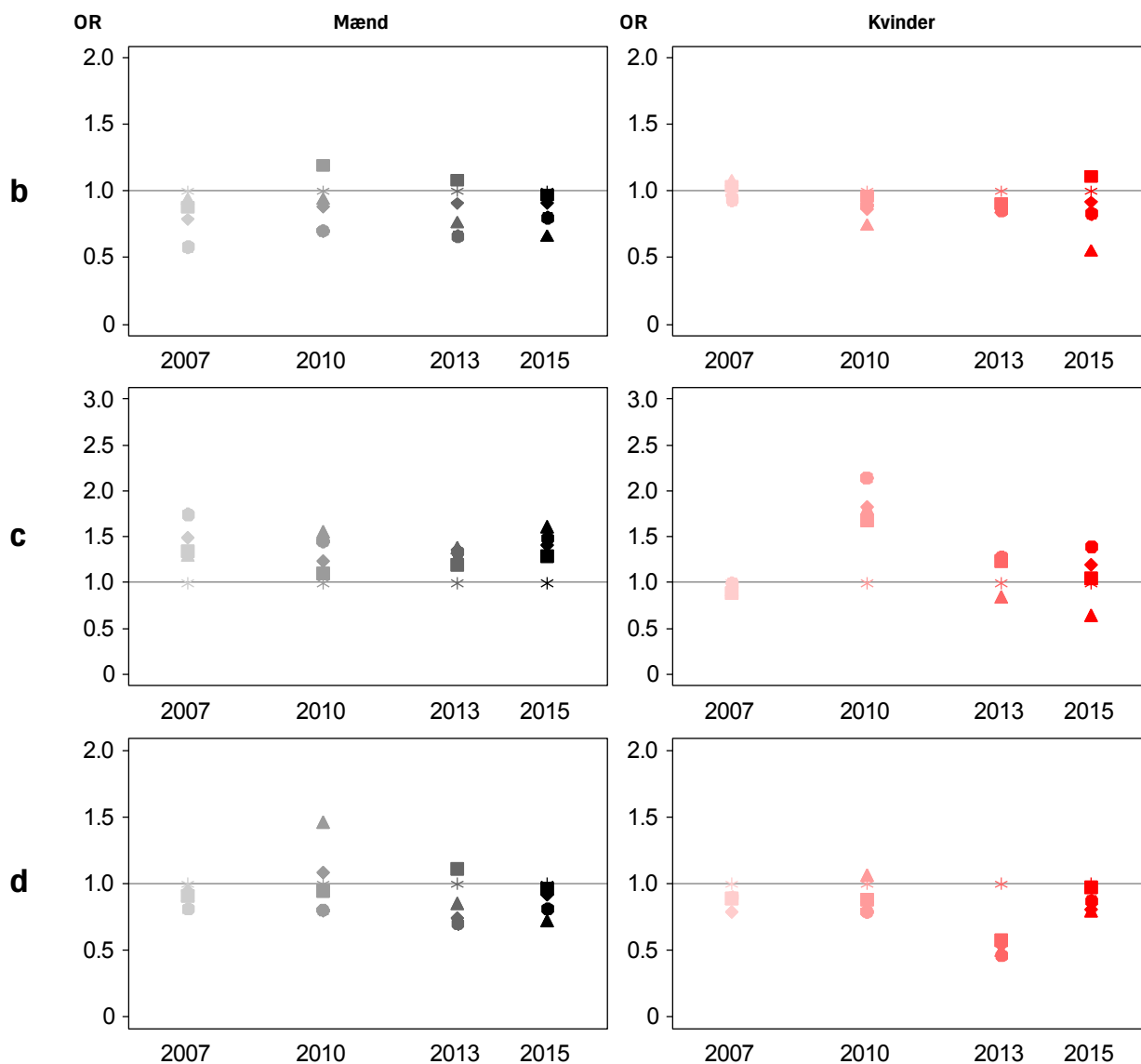
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for psykiatrisk indlæggelse eller psykiatrisk ambulant besøg for både mænd eller kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig for begge kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er statistisk signifikant forskellig for psykiatrisk ambulant besøg for både mænd og kvinder, men ikke hvad angår psykiatrisk indlæggelse

Figur 20.29 Demens. Odds ratio for kontakt til speciallægepraksis, akut somatisk indlæggelse og planlagt somatisk ambulant besøg blandt borgere med demens i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2007, 2010, 2013 og 2015



Figur a: -

Figur b: Kontakt til speciallægepraksis

Figur c: Akut somatisk indlæggelse

Figur d: Planlagt somatisk ambulant besøg

● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2015 er statistisk signifikant for akut indlæggelse blandt mænd men ikke blandt kvinder, og heller ikke statistisk signifikant for speciallægepraksis eller ambulant besøg for hverken mænd eller kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hvad angår alle tre kontakttyper

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2007 og 2015 er ikke statistisk signifikant forskellig, hverken for mænd eller kvinder, hvad angår alle tre kontakttyper

20.21 Litteratur

- (1) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (2) Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
- (3) Bronnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. *BMC Public Health*. 2012;12:994.
- (4) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2015.
- (5) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7-12.
- (6) Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Sundhedsaftale 2015-2018. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen; 2015.
- (7) Regeringen. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
- (8) Regeringen. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2014.
- (9) Danske Regioner. Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
- (10) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(2):95-101.
- (11) Diderichsen F. Ulighed i sundhed. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 23-42.
- (12) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80-.
- (13) Harper S, Lynch J. Measuring health inequalities. I: Oakes JM, Kaufmann JS (red.). *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. A Wiley Imprint; 2006. s. 134-68.



Kapitel 21

Bilag



21 Bilag

Definition af fysisk og mental sundhed

Fysisk og mental sundhed inkluderer i denne rapport følgende fem indikatorer:

- Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred
- Dårligt fysisk helbred
- Dårligt mentalt helbred
- Højt stressniveau
- Meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer

Definitionerne på de fem indikatorer fremgår af afsnittene herunder.

Selv vurderet helbred

Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres forekomsten af borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af selv vurderet helbred:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes fysiske og mentale helbred anvendes SF-12 (Short Form Health Survey). SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, som er relateret til en række daglige aktiviteter, og til hvorvidt borgerne er hæmmet i at udføre disse aktiviteter på grund af deres helbred (1). På baggrund af de 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus for de to dimensioner: Fysisk helbred og mentalt helbred. For hver dimension udregnes en score, der kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værste tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige.

I sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred. Til identificering af disse grupper i Region Hovedstaden benyttes grænseværdier beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (2). Grænseværdierne identificerede de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, der havde dårligst fysisk helbred, og de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, der havde dårligst mentalt helbred i 2010.

Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen med henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred, baseret på grænseværdierne fra 2010, for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af fysisk og mentalt helbred:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op af trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred? (Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville; Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer? (Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville; Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer)
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

Stress

Til belysning af stress anvendes Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret skala, der måler borgerens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål. Skalaen går fra 0 til 40 - jo højere værdi, des højere grad af oplevet stress (3).

I sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har det højeste stressniveau (borgere med et højt stressniveau). Til identificering af denne gruppe i Region Hovedstaden benyttes en grænseværdi beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (2). Grænseværdien identificerede de 20 % af befolkningen, som havde det højeste stressniveau på stressskalaen i Den Nationale Sundhedsprofil.

Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen med højt stressniveau, baseret på grænseværdien fra 2010, for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af stress:

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs og "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?
- Har du følt, at du havde styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer

Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen, som har været meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af søvnproblemer:

- Har du inden for de seneste 14 dage været meget eller lidt generet af søvnbesvær, søvnproblemer?

Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Sundhedsadfærd og risikofaktorer inkluderer i denne rapport følgende syv indikatorer:

- Rygning
- Storforbrug af alkohol
- Usundt kostmønster
- Lav fysisk aktivitet (primært stillesiddende i fritiden)
- Moderat overvægt
- Svær overvægt
- Svage sociale relationer

Definitionerne på de syv indikatorer fremgår af afsnittene herunder.

Rygning

Rygning inkluderer i denne rapport både dagligrygning og lejlighedsrygning. Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen af rygere for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af rygning:

- Ryger du?

Storforbrug af alkohol

Storforbrug af alkohol defineres i denne rapport som et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd, svarende til Sundhedsstyrelsens definition. Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen med storforbrug af alkohol for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af storforbrug af alkohol:

- Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Usundt kostmønster

Usundt kostmønster dækker i denne rapport over meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt - især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at de følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, og at der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne. Blandt borgere med kronisk sygdom vises andelen med usundt kostmønster for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af usundt kostmønster:

- Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på? (Smør, Kærgården eller tilsvarende; Minarine eller plantemargarine; Fedt; Spiser brød uden fedtstof på)
- Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg? (Pålæg, kød; Fiskepålæg; Æg; Pålægssalater eller mayonnaisesalater) ^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad? (Kød; Fjerkræ; Fisk; Grønsags- eller vegetarretter) ^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager? (Blandet salat, råkost; Andre rå grøntsager; Tilberedte grøntsager)
- Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen? (Stegemargarine; Plantemargarine; Smør, Kærgården og lignende; Fedt/palmin; Olivenolie; Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie; Rapsolie, madolie, salatolie)
- Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Lav fysisk aktivitet

Lav fysisk aktivitet defineres ud fra nedenstående spørgsmål af Saltin og Grimby (4). I denne rapport defineres borgere til at have lav fysisk aktivitet, hvis de til nedenstående spørgsmål har svaret, at de primært læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Blandt borgere med kronisk sygdom vises andelen med lav fysisk aktivitet for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af fysisk inaktivitet:

- Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden? (Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen; Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen; Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen; Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse)

Moderat og svær overvægt

Moderat overvægt defineres som BMI: 25,0-< 30,0. Svær overvægt defineres som BMI: $\geq 30,0$.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af moderat og svær overvægt:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Sociale relationer

I denne rapport defineres borgere med svage sociale relationer på baggrund af spørgsmålene i nedenstående tekstboks. For at blive klassificeret som havende svage sociale relationer, skal borgeren svare "sjældnere end 1 gang om måneden" eller "aldrig" på spørgsmålet om kontakt til familie eller på spørgsmålet om kontakt til venner, eller svare "ja, ofte" til spørgsmålet om at være uønsket alene, eller "nej, aldrig eller næsten aldrig" til spørgsmålet om at have nogen at tale med ved behov.

Blandt borgere med kronisk sygdom opgøres andelen med svage sociale relationer for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af svage sociale relationer:

- Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?
- Hvor ofte er du i kontakt med venner?
- Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?
- Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

Motivation til adfærdsændring

Motivation for adfærdsændring defineres på baggrund af nedenstående spørgsmål i tekstboksen. Motivation for adfærdsændring opgøres blandt borgere med kronisk sygdom, som har en uhensigtsmæssig risikoprofil. Borgere med en uhensigtsmæssig risikoprofil er borgere, som ryger, har et storforbrug af alkohol, har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet eller har moderat eller svær overvægt. Blandt borgere med kronisk sygdom og med uhensigtsmæssig risikoprofil opgøres andelen, som er motiveret for adfærdsændring for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af motivation for adfærdsændring:

- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Vil du gerne spise mere sundt?
- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Vil du gerne tabe dig?

Forebyggelse

I spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra 2013 og 2017 er der spurgt til, om borgeren har fået information om muligheden for hjælp til forskellige adfærdsændringer herunder rygestop samt ændring af alkohol-, kost- og motionsvaner.

Blandt borgere med kronisk sygdom og uhensigtsmæssig risikoprofil opgøres andelen, som har fået information om mulighed for hjælp til adfærdsændring og andelen, som har fået tilbud om hjælp til adfærdsændring for 2017 og 2013.

Følgende spørgsmål danner baggrund for beskrivelsen af forebyggelse:

- Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til...? (Rygestop; Ændring af alkoholvaner; Ændring af kostvaner; Ændring af motionsvaner)
- Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til...? (Rygestop; Ændring af alkoholvaner; Ændring af kostvaner; Ændring af motionsvaner)

Definition af kontakter

Kontakt	Definition
Praktiserende læge	Antal kontakter til praktiserende læge (ekskl. vagtlægekontakt, men inkl. e-mailkonsultation, telefonkonsultation og hjemmebesøg) i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som summen af KONTAKT i Sygesikringsregisteret, hvor de to første cifre af SPECIALE er 80 og hvor de to første cifre i HONUGE er henholdsvis 07, 10, 13 og 15
Praktiserende speciallæge	Antal kontakter til praktiserende speciallæge i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som summen af KONTAKT i Sygesikringsregisteret, hvor de to første cifre af SPECIALE er én af 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 eller 28 og hvor de to første cifre i HONUGE er henholdsvis 07, 10, 13 og 15
Akut ambulante besøg	Antal ambulante besøg på somatiske hospitaler i 2015. Opgjort som antallet af kontakter ^a i Landspatientregisteret med PATTYPE=2 og INDM=Akut og INDDTO i 2015
Planlagte ambulante besøg	Antal besøg i forbindelse med ambulante forløb på somatiske hospitaler i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antal besøgsdatoer AMBDTO ^a i Landspatientregisteret med PATTYPE=2, hvor INDM ikke er Akut og AMBDTO i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Akut indlæggelse	Antal akutte indlæggelser på somatiske hospitaler i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor indlæggelsesmåden er akut på den første indlæggelsesdato, og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Planlagt indlæggelse	Antal planlagte indlæggelser på somatiske hospitaler i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor indlæggelsesmåden er planlagt på den første indlæggelsesdato og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Genindlæggelse	Antal akutte somatiske genindlæggelser i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor første indlæggelse i forløbet har akut indlæggelsesmåde og finder sted senest 30 dage efter udskrivelse fra en indlæggelsesperiode som defineret for akut eller planlagt indlæggelse. Der er kun tale om somatiske genindlæggelser efter somatiske indlæggelser

Kontakt	Definition
Forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige	Antal forebyggelige indlæggelser på somatiske afdelinger blandt 65+ årige i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor første indlæggelse i forløbet har aktionsdiagnose blandt nedenstående ICD10-koder og finder sted efter borgeren er fyldt 65 år, og hvor sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. ICD10-koder: A09, D50, D51, D52, D53, E86.9, J12, J13, J14, J15, J18, J20, J21, J22, J40, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47, K59.0, L89, N30.0, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, Z59, Z74, Z75.
Psykiatrisk skadestue	Antal skadestuebesøg på psykiatriske hospitaler i 2015. Opgjort som antallet af kontakter ^a i Landspatientregisteret-Psykiatri med PATTYPE=2 og INDM=akut og INDDTO for henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Psykiatriske ambulante besøg	Antal besøg i forbindelse med ambulante forløb på psykiatrisk afdeling/hospital i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antal besøgsdatoer AMBDTO ^a i Landspatientregisteret-Psykiatri med PATTYPE=2 og hvor INDM ikke er akut og AMBDTO ligger i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Psykiatrisk indlæggelse	Antal psykiatriske indlæggelser i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR-PSYK ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015
Psykiatrisk genindlæggelse	Antal psykiatriske genindlæggelser i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^b i LPR-PSYK ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor første indlæggelse i forløbet har akut indlæggelsesmåde og finder sted senest 30 dage efter udskrivelse fra en indlæggelsesperiode som defineret for psykiatrisk indlæggelse. Der er kun tale om psykiatriske genindlæggelser efter psykiatriske indlæggelser
Sengedage somatisk akut	Sum af antal sengedage for akutte somatiske indlæggelser i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som summen af sengedage for alle akutte indlæggelsesforløb i LPR (se akut indlæggelse) for henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdatoer ens
Sengedage somatisk planlagt	Sum af antal sengedage for planlagte somatiske indlæggelser i henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som summen af sengedage for alle planlagte indlæggelsesforløb i LPR (se planlagt indlæggelse) for henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdatoer ens
Sengedage psykiatri	Sum af antal sengedage for psykiatriske indlæggelser henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Opgjort som summen af sengedage for psykiatriske indlæggelsesforløb i LPR-PSYK (se psykiatrisk indlæggelse) for henholdsvis 2007, 2010, 2013 og 2015. Sengedage fra indlæggelsesforløb, hvor A-diagnosen i første indlæggelse i forløbet har ICD10-koder F10.0- F10.3 (afrusere) tælles ikke med. Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdatoer ens

^a Kontakter med diagnosekode DZ763 (rask ledsager) er ikke talt med

^b Dette medfører, at to på hinanden følgende indlæggelser, hvor den førstes udskrivningsdato er lig den anden indlæggelsesdato, er talt som én indlæggelse

Definition af behandlingsudgifter

For kommunerne opgøres kun udgifter i forhold til den kommunale medfinansiering, hvilket betyder at udgifter til eksempelvis plejehjem og hjemmesygepleje ikke indgår.

Sektor	Betaler	Definition
Praksissektor (sygesikringsydelse)		Udgifter til ydelser i praksissektoren i 2015 Udgifter omfatter Praktiserende læge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge
	Region	Beregnes fra Sygesikringsregisteret, som de udgifter der indgår i totale udgifter ved sygesikringsydelse, fratrukket de kommunale udgifter (kommunal medfinansiering) ved sygesikringsydelse
	Kommune	I disse udgifter indgår fra Sygesikringsregisteret <ul style="list-style-type: none"> • 10 % af summen af variabelen BRUHON for SPECIALE= 80, 81, 82, 83 og 89, men kun ydelserne med de sidste fire cifre [0101, 0102 0105, 0107, 0120, 0201, 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0471 0491, 0501, 0602, 2301 og 2302) • 10 % af summen af variabelen BRUHON for SPECIALE= 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 63 og 64 • 34 % af summen af variabelen BRUHON for SPECIALE=01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 og 28 - dog max. 1.384 kr. <u>pr. besøg</u>
	Total	Totale udgifter til ydelser i praksissektoren i 2015 Beregnes fra Sygesikringsregisteret som sum af variabelen BRUHON, hvor de to første cifre af SPECIALE =01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59,62, 63, 64, 65, 80, 81, 82, 83 og 89 og hvor de to første cifre i HONUGE er 15
Hospitalssektor (somatik)		Udgifter til somatiske hospitalskontakter i 2015 Udgifter omfatter indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuekontakter og genoptræning i 2015. Udgifterne er baseret på takstdata fra e-sundhed
	Region	Disse udgifter er beregnet som Totale udgifter fratrukket Kommunale udgifter til somatisk hospitalssektor i 2015 defineret nedenfor
	Kommune	I disse udgifter indgår summen af følgende oplysninger fra 2015 <ul style="list-style-type: none"> • KOMPRIS fra DRG somatik hvor udsktype=sgh og mrk_kommed=1 • KOMPRIS fra DAGS somatik hvor mrk_kommed=1 • 70% af GENOPPRIS fra DRG somatik hvor udsktype=sgh • GENOPPRIS fra DAGS somatik
	Total	I disse udgifter indgår summen af følgende oplysninger fra 2015 <ul style="list-style-type: none"> • TOTPRIS fra DRG somatik hvor udsktype=sgh • pris fra DAGS somatik • GENOPPRIS fra DRG somatik hvor udsktype=sgh • GENOPPRIS fra DAGS somatik Indeholder både regionale og kommunale udgifter
		Udgifter til psykiatriske hospitalskontakter i 2015 Udgifter omfatter indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter i 2015. Udgifterne er baseret på takstdata fra e-sundhed
Hospitalssektor (psykiatri)	Region	Disse udgifter er beregnet som Totale udgifter fratrukket Kommunale udgifter til psykiatrisk hospitalssektor i 2015 defineret nedenfor.
	Kommune	I disse udgifter indgår summen af følgende oplysninger fra 2015 <ul style="list-style-type: none"> • KOMPRIS fra DRG psykiatri hvor udsktype=sgh • KOMPRIS fra DAGS psykiatri
	Total	I disse udgifter indgår summen af følgende oplysninger fra 2015 <ul style="list-style-type: none"> • TOTPRIS fra DRG somatik hvor udsktype=sgh • pris fra DAGS somatik Indeholder både regionale og kommunale udgifter

Sektor	Betaler	Definition
Medicin		Udgifter til medicin købt på recept i 2015
	Region	Beregnes som sum af variabelen TSKA for alle receptindløsninger i 2015 (ekspeditionsdato i (EKSD) i år 2015) for alle ATC-koder
	Kommune	Beregnet som sum af variablene TSK1 og TSK2 for alle receptindløsninger i 2015 (ekspeditionsdato i (EKSD) i år 2015) for alle ATC-koder
	Borger	Beregnet som sum af variabelen PTP for alle receptindløsninger i 2015 (ekspeditionsdato i (EKSD) i år 2015) for alle ATC-koder
	Total	Totale udgifter til medicin købt på recept i 2015. Beregnes som summen af regionale og kommunale medicinomkostninger samt borgerens egenbetaling
Samlede behandlingsudgifter	Region	Totale regionale omkostninger til sygesikring, somatiske hospitalskontakter og medicin i 2015 Beregnes som summen af sygesikring – regional, hospitalssektoren – regional og medicin – regional
	Kommune	Totale kommunale omkostninger til sygesikring, somatiske hospitalskontakter og medicin i 2015 Beregnes som summen af sygesikring – kommunal, hospitalssektoren – kommunal og medicin – kommunal
	Total	Samlede totale behandlingsudgifter til sygesikring, somatiske hospitalskontakter, psykiatriske hospitalskontakter og medicin i 2015. Det inkluderer regionale og kommunale udgifter samt borgerens egenbetaling af medicin Beregnes som summen af praksissektor (Total), somatisk hospitalssektor (Total), psykiatrisk hospitalssektor (Total) og medicin (Total)

DRG: Diagnoserelaterede grupper

DAGS: Dansk ambulatgrupperingssystem

Litteratur

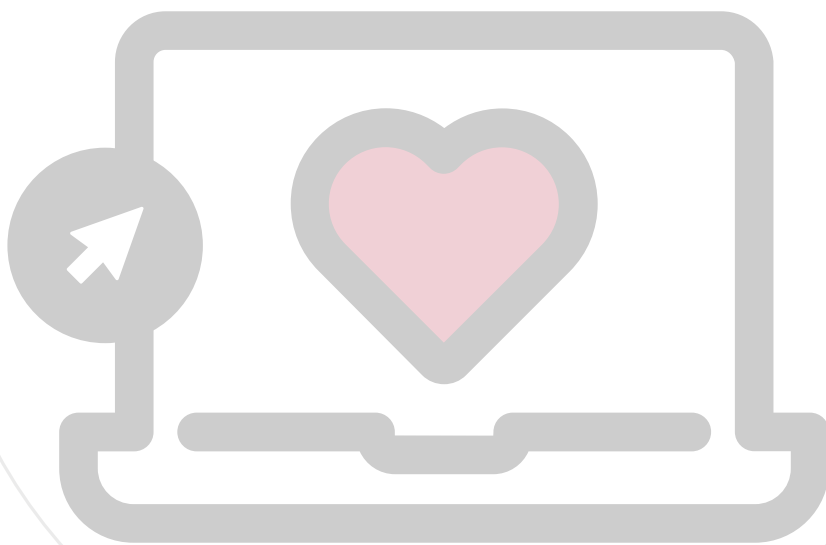
(1) Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-33.

(2) Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

(3) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.

(4) Grimby G, Borjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25 Suppl 4:119-25.

HVORDAN HAR DU DET?



**Region
Hovedstaden**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

**Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse**

Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 36 16 31 00