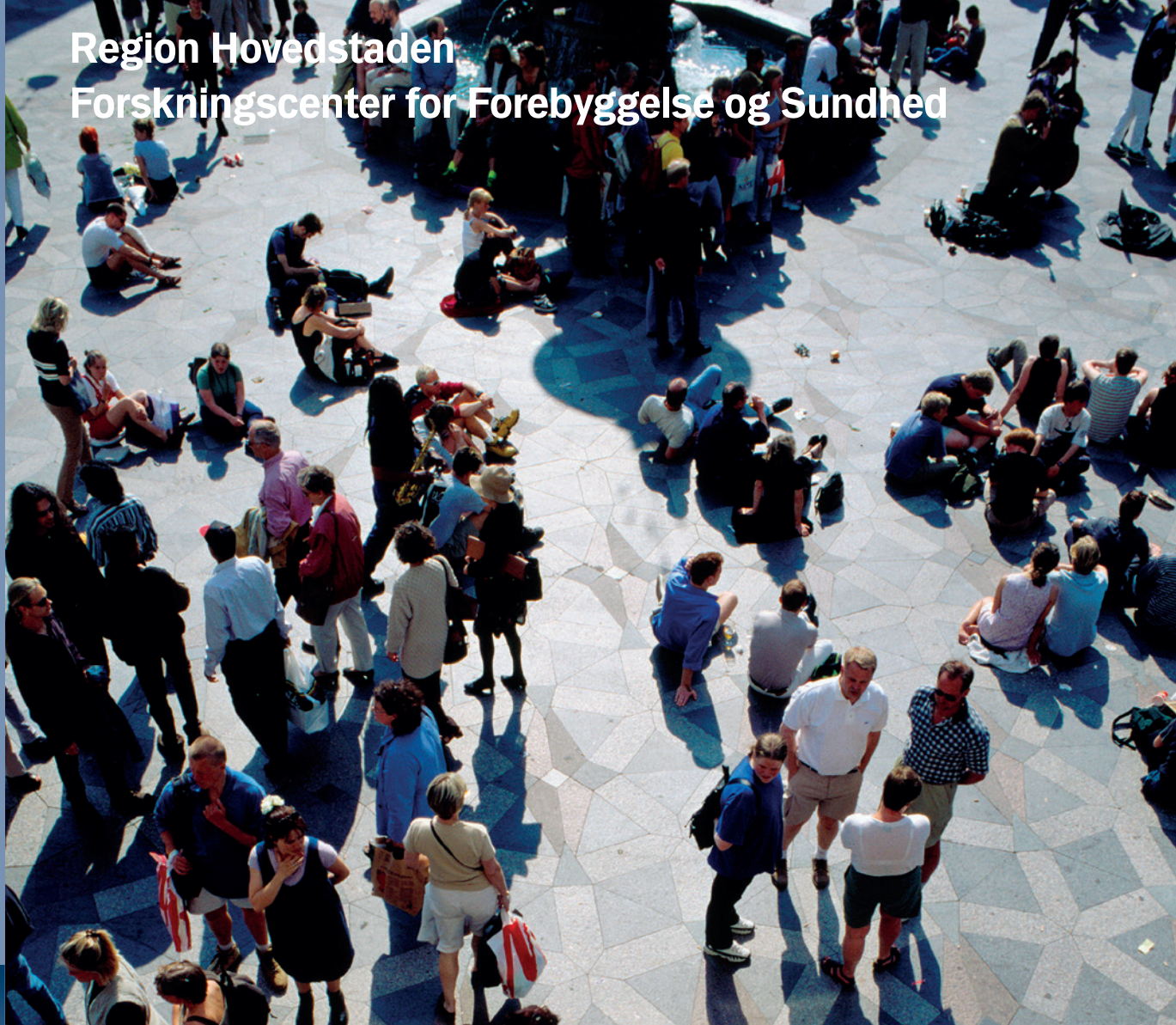


Region Hovedstaden
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed



Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom



**Sundhedsprofil 2013
– Kronisk Sygdom**

Forord

Det er med stor glæde, at vi kan præsentere del 2 af sundhedsprofilen 2013, som har fokus på mennesker med kronisk sygdom i Region Hovedstaden.

De to foregående sundhedsprofiler i 2007 og 2010 har fungeret som centrale værktøjer i kommunernes og regionens planlægningsarbejde. Med *Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom* gives et solidt fundament af viden om kronisk sygdom. Denne viden er en forudsætning for at kunne tilrettelægge indsatserne over for kronisk sygdom bedst muligt, hvilket er væsentligt for både den enkelte borger, men også samfundsmæssigt på grund af de store sundhedsudgifter som kronisk sygdom medfører. Rapporten belyser blandt andet hvor mange borgere i Region Hovedstaden, som lever med udvalgte kroniske sygdomme,

hvordan udviklingen har været over de seneste år samt hvordan borgere med kronisk sygdom bruger vores sundhedsvæsen.

Vi er i stigende grad blevet opmærksomme på, at mange borgere med kronisk sygdom har mere end én sygdom. Det kan typisk betyde langvarige og komplekse patientforløb, som også er meget ressourcekrævende. Rapporten beskriver derfor også forekomsten af udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme.

Denne rapport er ventet med spænding, og det er mit håb, at den viden som præsenteres vil blive brugt i både kommuner og i regionen til gavn for borgere med kronisk sygdom.

Rigtig god fornøjelse.



Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand

Titel: Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom

Copyright: © 2015 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-994502-4-4

Forfattere: Cathrine Juel Lau
Maja Lykke
Anne Helms Andreasen
Maj Bekker-Jepesen
Lone Prip Buhelt
Kirstine Magtengaard Robinson
Charlotte Glümer

Forsidebillede: Ole Christiansen / Scanpix

Udgiver: Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup
Telefon 3863 3260

Layout og grafisk produktion: Oberthur Technologies Denmark A/S

Publikationen citeres således:

Lau, CJ; Lykke, M; Andreasen, AH; Bekker-Jepesen, M; Buhelt, LP; Robinson, KM; Glümer, C: Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.

Forord ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Sundhedsprofilen 2013 er den tredje sundhedsprofil for alle kommuner i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen danner grundlag for kommunernes og regionens politik indenfor sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, og spiller en vigtig rolle i regionernes rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne. Desuden er de gentagne profiler et unikt redskab til at monitorere udviklingen af sundhedsindikatorer såsom sundhedsadfærd, generelt helbred og byrden af kroniske sygdomme over tid. Med sundhedsprofilen 2013, som udgør den tredje måling for mange sundhedsindikatorer, er det for første gang muligt i Region Hovedstaden at følge, hvordan udviklingen har været over en 6-årig periode på kommunalt niveau.

Sundhedsprofilen 2013 består af to delrapporter. Del 1 *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* tager udgangspunkt i hele regionens voksne befolkning og beskriver de valgte indikatorer i forhold til en række sociodemografiske faktorer samt i forhold til de enkelte kommuner. Del 2 *Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom* tager udgangspunkt i kronisk syge borgere i regionen, og stiller blandt andet skarpt på forekomsten af forskellige kroniske sygdomme, forbruget af sundhedsydelse og de omkostninger der er knyttet hertil. Sundhedsprofilens del 2 er baseret på oplysninger om sygdom og forbrug i sund-

hedsvæsenet fra nationale registre, kombineret med spørgeskemaoplysninger om sundhedsadfærd og borgernes 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. Samlet set kan disse oplysninger 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 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, der er en del af Center for Sundhed i Region Hovedstaden.

Vi vil gerne sige tak for et godt, engageret og fagligt samarbejde med de kommunale og regionale repræsentanter i styregruppen 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? 2013", har gjort denne undersøgelse mulig.

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

God læselyst!



Kirstine Magtengaard Robinson
Ph.d., Post Doc
Projektleder for Sundhedsprofilen



Charlotte Glümer
Forskningsleder, overlæge

Sammenfatning

Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom er anden del af Region Hovedstadens sundhedsprofil for 2013.

Rapporten bidrager med detaljeret viden om forekomst og udvikling i forhold til en række kroniske sygdomme i Region Hovedstaden, den sociodemografiske fordeling af kronisk sygdom og forbrug af sundhedsydelse samt omkostninger relateret hertil. Desuden beskrives generelt helbred, sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer samt motivation til adfærdsændring blandt borgere med kronisk sygdom. De sygdomme som behandles i rapporten er: Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, slidgigt, rygsygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, demens, luftvejsallergi og hyppig hovedpine/migræne.

Et gennemgående fokus i rapporten er multisygdom. Udover forekomst og sociodemografisk fordeling af multisygdom beskrives forbrug af- og omkostninger ved sundhedsydelse blandt borgere med multisygdom. Et andet gennemgående fokus i rapporten er den geografiske variation i forekomst, nye sygdomstilfælde, forbrug af- og omkostninger til sundhedsydelse på tværs af planlægningsområder. Der er især fokus på nøgletal for borgere med diabetes, hjertesygdom, KOL og udvalgte sygdomskombinationer.

De forskellige temaer i *Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom* er belyst med data fra centrale registre samt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra årene 2013, 2010 og 2007.

Rapporten skaber et godt grundlag for planlægning og styring af sundhedsfaglige indsatser i forhold til borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden.

Variation på tværs af kroniske sygdomme

Forekomst (prævalens): Rapportens opgørelser over de udvalgte kroniske sygdomme viser, at 44 % af borgerne på 16 år eller derover har én eller flere kroniske sygdomme, svarende til 626.000 personer. For borgere på 65 år eller derover gælder det, at hele 75 % af borgerne, svarende til 213.000 personer har én eller flere kroniske sygdomme. De hyppigst forekommende sygdomme er slidgigt og hyppig hovedpine/migræne. Slidgigt er ligeledes den sygdom, der forekommer hyppigst blandt borgere på 65 år eller derover, efterfulgt af rygsygdom og luftvejsallergi.

Rapportens opgørelser af diabetes, hjertesygdom, KOL og langvarig behandling med antidepressiv medicin viser, at en væsentlig del af borgerne har flere af sygdommene i kombination. Som eksempel er 12 % af borgerne med diabetes også i behandling med antidepressiv medicin, 18 % af borgere med KOL har også diabetes, 28 % af borgerne med hjertesygdom har også diabetes og 8 % af borgerne i langvarig behandling med antidepressiv medicin har også KOL.

Nye sygdomstilfælde (incidens): Blandt borgere på 16 år eller derover ses flest nye sygdomstilfælde af luftvejsallergi og KOL. I alt 19.300 personer, svarende til 1,6 % af borgerne, fik konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012, mens 13.100 personer, svarende til 1,0 % fik konstateret KOL. Blandt borgere på 65 år eller derover ses flest nye sygdomstilfælde for KOL og hjertesygdom. I alt 6.700 personer, svarende til 2,7 % af borgerne på 65 år eller derover, fik konstateret KOL i løbet af 2012, mens 5.900 personer, svarende til 2,6 %, fik konstateret hjertesygdom.

Udvikling i forekomst og nye sygdomstilfælde siden 2007:

Andelen af borgere med kronisk sygdom er stort set uændret siden 2007. Ser man på det faktiske antal af borgere med de forskellige kroniske sygdomme ses dog en stigning for stort set alle sygdommene i perioden. Antallet af borgere med diabetes er steget mest, og der er således 20.000 flere med diabetes i 2013 end i 2007. Andelen og antallet af borgere som har fået konstateret de forskellige kroniske sygdomme er generelt uændret i perioden fra 2007 til 2012.

Social ulighed i forekomst og nye sygdomstilfælde:

Der ses en social gradient i forekomsten af de fleste kroniske sygdomme med undtagelse af astma, luftvejsallergi og hyppig hovedpine/migræne. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har kronisk sygdom. Andelen af borgere med kronisk sygdom er størst blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for nye tilfælde af kronisk sygdom. Den sociale ulighed går igen på tværs af regionens planlægningsområder, hvor der for størstedelen af de kroniske sygdomme ses en højere forekomst end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og en lavere forekomst i planlægningsområderne Nord og Midt.

Variation i forbrug af sundhedsydelse: Borgere med kronisk sygdom har et højere forbrug af sundhedsydelse, sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Men der er forskel på kontaktmønstrene for de forskellige sygdomme. Forbruget af almen praksis, vagtlæge, skadestue og akutte indlæggelser er størst blandt borgere med demens og er generelt også højt blandt borgere med hjertesygdom og apopleksi, mens forbruget af speciallægepraksis er størst blandt borgere med diabetes, knogleskørhed og slidgigt. Desuden har en stor andel af borgere med apopleksi og svær psykisk lidelse kontakt til vagtlæge og en stor andel af borgere med hjertesygdom og apopleksi har skadestuebesøg og akutte indlæggelser. Blandt borgere på 65 år eller derover ses, at andelen af forebyggelige genindlæggelser er højest for borgere med KOL og demens. Blandt borgere med svær psykisk lidelse har hver tredje borger mindst ét ambulante besøg på psykiatrisk afdeling.

Variation i omkostninger: For alle borgere i Region Hovedstaden udgør de totale omkostninger forbundet med forbrug af sundhedsydelse i praksissektor, somatisk- og psykiatrisk hospitalssektor samt medicinomkostninger 26,9 mia. kr., svarende til 19.300 kr. pr. person i 2012. I alt 20,2 mia. kr. udgøres af regionale omkostninger, mens 5,6 mia. kr. udgøres

af den kommunale medfinansiering. På tværs af de kroniske sygdomme er der stor variation i de regionale omkostninger og den kommunale medfinansiering. De totale omkostninger varierer fra 0,5 mia. kr. til 6,5 mia. kr., mens udgifterne pr. person varierer fra 18.400 kr. til 82.700 kr. De største totale omkostninger ses blandt borgere med slidgigt, luftvejsallergi og rygsygdom, som forekommer hyppigt i befolkningen, mens de største omkostninger pr. person ses blandt borgere med svær psykisk lidelse, kræft, hjertekarsygdom og KOL, der typisk kræver dyre behandlingsmetoder.

Blandt borgere med kronisk sygdom står de 5 % mest omkostningstunge borgere for 45 % af de totale sundhedsomkostninger. De totale omkostninger for disse 23.000 borgere udgør næsten 8 mia. kr. Samtidig står de 1 % mest omkostningstunge borgere for 18 % af de totale omkostninger, således at de samlede omkostninger for disse 4.600 borgere udgør 3,3 mia. kr. Forekomsten af kræft, svær psykisk lidelse, hjertesygdom, apopleksi og KOL er højere blandt de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere end blandt alle borgere med kronisk sygdom.

Geografisk variation for forløbsprogramsygdomme og udvalgte sygdomskombinationer

Variation i forekomst (prævalens) på tværs af planlægningsområder: For forløbsprogramsygdommene diabetes, hjertesygdom og KOL samt for de udvalgte sygdomskombinationer KOL og diabetes, KOL og langvarig behandling med antidepressiv medicin, diabetes og langvarig behandling med antidepressiv medicin og diabetes og hjertesygdom ses en social gradient i forekomsten på tværs af regionens planlægningsområder, når der justeres for køn og alder. Der ses generelt en højere forekomst i planlægningsområderne Syd og Byen og en lavere forekomst i planlægningsområderne Nord og Midt, når der sammenlignes med regionsgennemsnittet.

Variation i nye sygdomstilfælde (incidens) på tværs af planlægningsområder: Der er tendens til en social gradient i andelen af nye sygdomstilfælde af forløbsprogramsygdommene diabetes, hjertekarsygdom og KOL på tværs af regionens planlægningsområder i løbet af 2012. Således ses generelt en højere andel af nye sygdomstilfælde i planlægningsområde Syd og en lavere andel af nye sygdomstilfælde i planlægningsområderne Nord og Midt, når der sammenlignes med regionsgennemsnittet. Planlægningsområde Byen afviger generelt ikke fra regionsgennemsnittet.

Variation i forbrug og omkostninger på tværs af planlægningsområder: Der er generelt et højere forbrug af sundhedsydelse i praksissektoren i planlægningsområderne Nord og Midt blandt borgere med diabetes, hjertesygdom og KOL, mens forbruget af sundhedsydelse i hospitalssektoren er højere i planlægningsområderne Syd og Byen. Dette afspejles i opgørelsen af omkostninger, hvor det ses, at de totale omkostninger pr. person ved ydelser i praksissektoren generelt er højest i planlægningsområde Nord, mens omkostningerne til ydelser i hospitalssektoren er højest i planlægningsområde

Byen. De totale medicinomkostninger pr. person varierer stort set ikke mellem planlægningsområderne for borgere med diabetes eller hjertesygdom, mens disse udgifter er markant større i planlægningsområde Nord for borgere med KOL.

Multisygdom

Forekomst af multisygdom: I Region Hovedstaden har i alt 25 % af borgerne 1 kronisk sygdom, 12 % har 2 kroniske sygdomme, mens 8 % har 3 eller flere kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme forekommer generelt hyppigere blandt ældre borgere. 30 % af den ældre del af befolkningen har mindst 1 kronisk sygdom, 23 % har 2 kroniske sygdomme og 22 % har 3 eller flere kroniske sygdomme.

Udviklingen i forekomst af multisygdom siden 2007: Siden 2007 er der ikke sket ændringer i andelen af borgere, der har henholdsvis 1, 2 eller 3 eller flere kroniske sygdomme. Men ser man på antallet af sygdomstilfælde ses en stigning fra 2007 til 2013.

Social ulighed i forekomst af multisygdom: Der ses en tydelig tendens til en social gradient i forekomsten af multisygdom. Forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau og er størst blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet.

Forbrug af ydelser i praksissektor samt somatisk- og psykiatrisk hospitalssektor: Der er en tydelig tendens til, at andelen af kontakter til praksissektor samt somatiske og psykiatriske kontakter eller indlæggelser i 2012 stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. For eksempel har hver tredje borger med mindst 1 kronisk sygdom mindst 10 kontakter til almen praksis, mens det gælder tre ud af fire med 3 eller flere kroniske sygdomme. Ligeledes ses det, at andelen med mindst én akut indlæggelse er fire gange så høj og andelen med mindst én planlagt indlæggelse dobbelt så høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med mindst 1 kronisk sygdom.

Omkostninger forbundet med multisygdom: De totale omkostninger pr. person er 2,5 gange så store blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom. Blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme ses det desuden, at de totale omkostninger pr. person ved ydelser i praksissektoren og ved medicinomkostninger er højest i planlægningsområde Nord, mens omkostningerne til ydelser i hospitalssektoren er højest i planlægningsområde Byen.

Generelt helbred, sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer

Generelt helbred: Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, højt stressniveau samt dårligt fysisk og mentalt helbred er mere udbredt blandt borgere med kronisk sygdom sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Andelen af borgere, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og højt stressniveau, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. For størstedelen af de

kroniske sygdomme er andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, højt stressniveau og dårligt fysisk helbred faldet siden 2010.

Sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer: Forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer som overvægt, forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol er mere hyppig blandt borgere med kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Andelen af borgere som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, mad og fysisk aktivitet stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Dette ses også

for overvægt, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Der er dog mange borgere med kronisk sygdom som ønsker at leve sundere – især ønsker mange at tabe sig, bevæge sig mere og stoppe med at ryge. En større andel af borgere med kronisk sygdom har fået information om og taget imod tilbud om hjælp til at ændre sundhedsadfærd end borgere, som ikke har kronisk sygdom. Egen læge er den primære informationskilde. Siden 2010 er andelen af borgere, der ryger eller drikker for meget alkohol faldet, mens andelen af borgere, der spiser meget usundt, er fysisk inaktive eller overvægtige ikke har ændret sig. Andelen med forhøjet kolesterol er steget siden 2010.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning	15
1.1 Baggrund og formål	16
1.2 Materiale	16
1.2.1 Populationer	16
1.2.2 Registerdata	17
1.2.3 Spørgeskemadata	17
1.3 Definitioner	18
1.3.1 Kronisk sygdom	18
1.3.2 Multisygdom	21
1.3.3 Biologiske risikofaktorer	22
1.3.4 Forbrug af sundhedsydelser	22
1.3.5 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser	25
1.4 Formidling og læsevejledning	27
1.4.1 Præsentation af resultater på regions- og kommuneniveau	27
1.4.2 Præsentation af resultater på planlægnings- og hospitalsoptageområdeniveau	29
1.5 Medarbejdere	31
Kapitel 2: Demografi og sociale forhold	33
2.1 Demografi	34
2.1.1 Indbyggertal	34
2.1.2 Alder	35
2.1.3 Samlivsstatus	35
2.1.4 Etnisk baggrund	36
2.2 Sociale forhold	38
2.2.1 Uddannelse	38
2.2.2 Erhvervstilknytning	39
Kapitel 3: Forekomst af kroniske sygdomme	41
3.1 Samlet forekomst af kronisk sygdom i Region Hovedstaden	43
3.2 Kroniske sygdomme	48
3.2.1 Diabetes	48
3.2.2 Hjertesygdom	51
3.2.3 Apopleksi	57
3.2.4 KOL	60
3.2.5 Astma	63
3.2.6 Kræft	66
3.2.7 Inflammatorisk ledsygdom	69
3.2.8 Slidgigt	72
3.2.9 Rygsygdom	74
3.2.10 Knogleskørhed (osteoporose)	76
3.2.11 Langvarig behandling med antidepressiv medicin	79
3.2.12 Svær psykisk lidelse	82
3.2.13 Demens	85
3.2.14 Luftvejsallergi	88
3.2.15 Hyppig hovedpine/migræne	91
3.3 Flere kroniske sygdomme (multisygdom)	94
3.3.1 1 kronisk sygdom	94
3.3.2 2 kroniske sygdomme	96
3.3.3 3 eller flere kroniske sygdomme	98
3.4 Biologiske risikofaktorer	101
3.4.1 Forhøjet blodtryk (hypertension)	101
3.4.2 Forhøjet kolesterol	104
3.4.3 Moderat og svær overvægt	107

Kapitel 4: Forbrug af sundhedsydelser	111
4.1. Borgere med kontakt til almen praksis og speciallægepraksis	113
4.1.1 Kontakter til almen praksis	113
4.1.2 Kontakt til speciallægepraksis	113
4.1.3 Årskontrol i almen praksis	114
4.2 Borgere med mindst én akut somatisk kontakt	115
4.3 Borgere med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse	116
4.4 Borgere med psykisk sygdom med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor	117
4.5 Gennemsnitlig indlæggelsestid	118
4.6 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	119
4.6.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med diabetes	119
4.6.2 Borgere med diabetes med mindst én akut somatisk kontakt	120
4.6.3 Borgere med diabetes med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse	121
4.6.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med diabetes	122
4.7 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	122
4.7.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med hjertesygdom	122
4.7.2 Borgere med hjertesygdom med mindst én akut somatisk kontakt	124
4.7.3 Borgere med hjertesygdom med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse	125
4.7.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med hjertesygdom	126
4.8 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	126
4.8.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med KOL	126
4.8.2 Borgere med KOL med mindst én akut somatisk kontakt	128
4.8.3 Borgere med KOL med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse	129
4.8.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med KOL	129
4.9 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	130
4.9.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme	130
4.9.2 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én akut somatisk kontakt	131
4.9.3 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse	131
4.9.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme	132
Kapitel 5: Forekomst og forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme	133
5.1 Forekomst af udvalgte sygdomskombinationer	134
5.2 Sociodemografi blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme	136
5.3 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme i planlægningsområderne	136
5.3.1 Borgere med KOL i kombination med diabetes i planlægningsområderne	136
5.3.2 Borgere med KOL i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne	137
5.3.3 Borgere med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne	138
5.3.4 Borgere med diabetes i kombination med hjertesygdom i planlægningsområderne	139
5.4 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme	140
5.4.1 Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme	140
5.4.2 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme med mindst én somatisk kontakt	141
5.4.3 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme	142
Kapitel 6: Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser	143
6.1 Samlede omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser	145
6.2 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)	146
6.3 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)	146
6.4 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (psykiatriske afdelinger)	149
6.5 Medicinomkostninger	149
6.6 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	151
6.6.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med diabetes	152
6.6.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med diabetes	152
6.6.3 Medicinomkostninger blandt borgere med diabetes	153
6.7 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	153
6.7.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med hjertesygdom	153
6.7.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med hjertesygdom	154
6.7.3 Medicinomkostninger blandt borgere med hjertesygdom	155

6.8 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	155
6.8.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med KOL	155
6.8.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med KOL	156
6.8.3 Medicinomkostninger blandt borgere med KOL	157

6.9 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	157
6.9.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme	157
6.9.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme	158
6.9.3 Medicinomkostninger blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme	159

Kapitel 7: Ressourceforbrug blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	161
7.1 De mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	163
7.2 Forekomst af kroniske sygdomme blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	163
7.3 Sociodemografi blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	165
7.4 Den geografiske fordeling af de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	166
7.5 Forbrug af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom	166
7.5.1 Kontakter til den somatiske og psykiatriske hospitalssektor	166
7.6 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom ..	169

Kapitel 8: Generelt helbred	171
8.1 Selvvurderet helbred og stress	172
8.1.1 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	174
8.1.2 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	175
8.1.3 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	175
8.1.4 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	176
8.2 Fysisk og mentalt helbred	177
8.2.1 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	179
8.2.2 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	179
8.2.3 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	180
8.2.4 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	181

Kapitel 9: Sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer	183
9.1 Rygning og alkohol	184
9.1.1 Rygning og alkohol blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	186
9.1.2 Rygning og alkohol blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	187
9.1.3 Rygning og alkohol blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	187
9.1.4 Rygning og alkohol blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	188
9.2 Mad og bevægelse	189
9.2.1 Mad og bevægelse blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	191
9.2.2 Mad og bevægelse blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	192
9.2.3 Mad og bevægelse blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	192
9.2.4 Mad og bevægelse blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	193
9.3 Overvægt	194
9.3.1 Overvægt blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	196
9.3.2 Overvægt blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	196
9.3.3 Overvægt blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	197
9.3.4 Overvægt blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	198
9.4 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol	199
9.4.1 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne	201
9.4.2 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne	201
9.4.3 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med KOL i planlægningsområderne	202
9.4.4 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne	203

Kapitel 10: Motivation til adfærdændring	205
10.1 Kroniske sygdomme og individorienterede tilbud	209
10.1.1 Information om hjælp til adfærdændring	209
10.1.2 Tilbud om hjælp til adfærdændring	211
10.1.3 Informationskilder	212
Referencer	215



Kapitel 1

Indledning



1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

I Region Hovedstaden lever 37 % af befolkningen med én eller flere kroniske sygdomme, svarende til ca. 800.000 personer [1]. Forekomsten af kroniske sygdomme er steget i de senere år blandt andet som følge af bedre levekår og en stigende levealder. Befolkningen som helhed lever længere på grund af bedre diagnostik og behandling af kroniske sygdomme, som tidligere var livstruende. Og antallet af borgere med kroniske sygdomme kan forventes at stige yderligere i fremtiden. Dette vil formodentligt betyde, at forbruget af sundhedsydelse og omkostningerne forbundet hermed vil stige.

Region og kommuner har en vigtig opgave i forhold til at forebygge kronisk sygdom samt i forhold til at behandle, rehabiliter og undgå forværring hos borgere med kronisk sygdom. Desuden er det vigtigt, at region og kommuner understøtter borgeren i at have en aktiv rolle i forhold til bedst muligt at kunne tage vare på egen situation.

1.2 Materiale

De forskellige emner i rapporten er primært belyst ved brug af data fra centrale registre samt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2013". Til at belyse udvikling over tid er der anvendt data fra centrale registre samt data fra spørge-

1.2.1 Populationer

I Danmark har vi en unik mulighed for at indhente og koble oplysninger om sociodemografiske forhold, sygdomsforekomst, medicinforbrug og omkostninger ved forbrug af sundhedsydelse via nationale registre. Til brug i denne rapport er der

Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom bidrager med detaljeret viden om forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden, forbrug af sundhedsydelse og omkostningerne knyttet hertil. Der lægges særlig vægt på forløbsprogramsygdommene KOL, diabetes og hjertekarsygdom.

Formålet med *Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom* er, at fungere som et planlægningsredskab for planlæggere og beslutningstagere på alle niveauer i sundhedsvæsenet, herunder region og kommuner. Sundhedsprofilen kan eksempelvis anvendes i samarbejdet mellem region og kommuner i forhold til forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Herudover vil sundhedsprofilens emner i vidt omfang kunne inddrages i regionens overordnede hospitalsplanlægning i forhold til den fremtidige indsats overfor kroniske sygdomme.

skemaundersøgelserne "Hvordan har du det? 2007 og 2010", som dannede grundlag for de to forrige sundhedsprofiler. I dette afsnit beskrives hvilke typer af data, der indgår i denne rapport, samt hvilke populationer, der er opgjort resultater for.

foretaget registerudtræk omfattende alle borgere på 16 år og derover, som var bosat i Region Hovedstaden 1. januar 2007, 1. januar 2010, 1. januar 2012 samt 1. januar 2013. I tabel 1.1 ses antallet af borgere bosat i regionen på ovenstående datoer.

Tabel 1.1 Antal borgere på 16 år og derover med bopæl i Region Hovedstaden pr. 1. januar i årene 2007, 2010, 2012 og 2013

	2007	2010	2012	2013
Indbyggere pr. 1. januar	1.327.147	1.365.460	1.397.173	1.413.111

1.2.2 Registerdata

Der er indhentet oplysninger fra følgende registre:

- Det Centrale Personregister
- Uddannelsesregisteret
- Indkomststatistikregisteret
- Befolkningsstatistikregisteret
- Landspatientregisteret (LPR)
- Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK)
- Det Nationale Diabetesregister
- Lægemediddatabasen
- Sygesikringsregisteret
- Takstdata (Region Hovedstadens DRG-og DAGS-registreringer)

Registeroplysningerne danner grundlag for beskrivelsen af køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, kroniske sygdomme (undtagen ryg sygdom, slidgigt og hyppig hovedpine/migræne), samt forbrug af sundhedsydelse og omkostninger relateret hertil. Registerudtrækkene er baseret på de senest tilgængelige oplysninger. Af tabel 1.2 fremgår, hvilke år de forskellige udtræk er baseret på.

Tabel 1.2. Oversigt over dataudtræk fra nationale registre

Indikator	Populationen bosat i Region Hovedstaden 1. januar			
	2007	2010	2012	2013
Køn og alder ^a	2007	2010	2012	2013
Uddannelse ^b	2007	2010	2012	2013
Erhvervstilknytning ^c	2006	2009	2011	2011
Samlivsstatus ^a	2007	2010	2012	2013
Etnisk baggrund ^a	2007	2010	2012	2013
Kronisk sygdom (incidens)	2007	2010	2012	
Kronisk sygdom (prævalens)	2002-2006	2005-2009	2007-2011	2008-2012
Diabetes	1990-2006	1990-2009	1990-2012	1990-2012
Forbrug og omkostninger i praksissektoren			2012	
Forbrug og omkostninger i hospitalsektoren			2012	
Omkostninger til medicin			2012	

^a Status pr 1. januar i det givne 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

1.2.3 Spørgeskemadata

Der er mange oplysninger at hente i centrale registre, men ikke alle. Der er eksempelvis sygdomme, hvis forekomst underestimeres i registre, hvorfor oplysningerne må hentes i spørgeskemaundersøgelser. I denne rapport drejer det sig om ryg sygdom, slidgigt og hyppig hovedpine/migræne. Herudover er det væsentligt at spørge borgerne selv, når det gælder informationer om borgernes sundhedsadfærd, holdninger og livskvalitet. I denne rapport er der udover registeroplysninger benyttet data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2013". I 2013 blev der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen. Blandt disse valgte 43,5 % (N=41.356) at returnere et udfyldt skema. Spørgeskemaerne er sendt til en tilfældig stikprøve af borgere på 16 år eller derover, som var bosiddende i Region Hovedstaden 1. januar 2013 [2].

Der er endvidere benyttet data fra spørgeskemaundersøgelserne "Hvordan har du det?" fra 2007 og 2010. I 2007 blev der udsendt spørgeskemaer til 69.800 borgere på 25-79 år i Region Hovedstaden og 52,3 % (N=36.472) returnerede et udfyldt skema [3]. I 2010 blev der i alt udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere på 16 år eller derover og 52,3 % (N=49.806) returnerede et udfyldt skema [4].

I rapportens analyser baseret på oplysninger fra spørgeskema eller på en kombination af oplysninger fra spørgeskema og registre, foretages analyserne på baggrund af de borgere, som har besvaret spørgeskemaet. I disse analyser benyttes vægtning på samme måde som i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* [2].

1.3 Definitioner

I dette afsnit beskrives definitionerne på størstedelen af de variable, der anvendes i analyserne, der ligger til grund for rapportens resultater. Det drejer sig om definitioner på forskellige kroniske sygdomme, efterfulgt af definitioner af variable brugt til opgørelse af forbrug af sundhedsydelse og omkostninger ved sundhedsydelser. Variable brugt til opgørelsen af generelt

helbred, sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer samt motivation til ændring af sundhedsadfærd er defineret i de relevante kapitler. De sociodemografiske forhold (køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus og etnisk baggrund) er beskrevet i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* [2].

1.3.1 Kronisk sygdom

De nationale registre indeholder ikke direkte information om, hvorvidt en borger har en kronisk sygdom eller ej. I denne rapport identificeres borgere med kronisk sygdom derfor ud fra oplysninger om diagnoser ved kontakter til hospitalssektoren, køb af medicin på recept samt for enkelte af sygdommene, ud fra sygdomsspecifikke ydelser i almen praksis. I tabel 1.3 og 1.4 vises de benyttede dataalgoritmer til identifikation af borgere med kronisk sygdom. For hver sygdom defineres de samlede tilfælde af sygdom (prævalens) pr. 1. januar i hvert af årene

2007, 2010, 2012 og 2013, og nye sygdomstilfælde (incidens) i løbet af 2007, 2010 og 2012. For sygdomme som defineres ud fra spørgeskemadata, er det ikke muligt at definere incidens, da der ikke er spurgt om, hvornår sygdommen er opstået.

De anvendte registeralgoritmer til identifikation af borgere med kronisk sygdom har været i høring hos de sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden.

Tabel 1.3 Kriterier for identifikation af borgere med kronisk sygdom i registre og spørgeskemadata

Sygdom	Definition
Diabetes	Alle borgere, der indgår i Det Nationale Diabetesregister med diagnosedato før 1. januar det pågældende år. Der skelnes ikke mellem type 1 og type 2 diabetes
Hjertesygdom	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^e 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: <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: I20, I21, I23, I24, I25, I50, I11, I13 ATC-koder: C01A, C01B, C01D, C01E
Hjertesygdom (F)	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A-diagnose ^e : <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: I20.0, I21, I25.1, I50 Denne definition svarer til definitionen af hjertesygdom i Region Hovedstadens forløbsprogram, deraf benævnelsen (F).
Apopleksi	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^e : <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: G45, G46, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69

Sygdom	Definition
KOL	Alle borgere, på mindst 35 år ^c , som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^e og/eller som inden for det foregående år, har indløst to recepter ^b på to forskellige datoer med ATC-koder og indikationskoder blandt nedenstående og/eller inden for det seneste år har fået foretaget mindst to spirometriundersøgelser i almen praksis på forskellige datoer defineret med følgende ydelser: <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: J40-44, J47, J96 ATC-koder: R03AC, R03AK, R03BA, R03BB, R03CC, R03DA, R03DC, V03AN01, men kun hvis samme recepter har indikationskode 379 eller 464 eller hvis alle recepter med ATC-kode R03 har indikationskode 0 eller uoplyst Ydelses-koder: 7113, 7121 (kun for SPECIALE 80). OBS: For borgere som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med ICD10-koderne J45 eller J46 som A- eller B-diagnose ignoreres kriterierne baseret på receptudleveringer og spirometri
Astma ^d	Alle borgere, som IKKE opfylder kriterierne for KOL, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^e 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: <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: J45, J46 ATC-kode: R03, men kun hvis samme recepter har indikationskode 202, 203 eller alle recepter med ATC-kode R03 har indikationskode 0 eller uoplyst
Kræft	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^e <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: C00-C43, C45-C97
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 A- eller B-diagnose ^e 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: <ul style="list-style-type: none"> ICD10-koder: M05-M14, M45 ATC-koder: M001C, L04AA13, A07EC01, P01BA01, P01BA02, M04AA01, M04AA03, M04AB01 ATC-koder: L01BA01 med indikationskode 147, 402, 641
Slidgigt	Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010 eller 2013, 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 ^f . <p>Spørgsmålet findes ikke i spørgeskemaet for 2007.</p>

Sygdom	Definition
Ryg sygdom	Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2007, 2010 eller 2013, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for 'Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme' 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 ^f .
Knogleskørhed (osteoporose)	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^g 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: <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: M80-M82 • ATC-koder: M05B, G03XC01, H05AA02, H05AA03
Langvarig behandling med antidepressiv medicin ^e	Alle borgere, som ikke opfylder kriterierne for svær psykisk lidelse og demens, som i løbet af de foregående fem år, har indløst mindst tre recepter på to forskellige datoer med nedenstående ATC-kode med mindst 2 år mellem første og sidste recept: <ul style="list-style-type: none"> • ATC-kode: N06A
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 A- eller B-diagnose ^g 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: <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: F20, F21, F22, F25, F28, F29, F31 • ATC-kode: N05A
Demens	Alle borgere, på mindst 60 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 A- eller B-diagnose ^g og/eller som i løbet af de foregående fem år har indløst mindst én recept med ATC-koder blandt nedenstående: <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: F00, G30, F01, F02.0, F03.9, G31.8B, G31.8E, G31.9, G31.0B • ATC-kode: N06D
Luftvejsallergi	Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt ^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose ^g og/eller som inden for en 24 måneders periode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter ^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående: <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: J30, undtagen J30.0 • ATC-koder: V01AA02, V01AA03, V01AA05, V01AA11; R01AC, R01AD, R06A, S01G, R01BA52

Sygdom	Definition
Hypig hovedpine/migræne	Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2010 eller 2013, som på spørgsmålet om kronisk sygdom for 'Migræne eller hypig hovedpine' 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 ^f . Spørgsmålet findes ikke i spørgeskemaet for 2007

^a LPR: Landspatientregistret. LPR-PSYK: Landspatientregistret-Psykiatri. Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb), men ikke en skadestuekontakt.

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

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

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

^e Hvis den samme borger opfylder kriterierne for både langvarig behandling med antidepressiv medicin og svær psykisk lidelse eller kriterierne for både langvarig behandling med antidepressiv medicin og demens, defineres borgeren til at have henholdsvis svær psykisk lidelse og demens. Med definitionen er det ikke muligt samtidigt at have langvarig behandling med antidepressiv medicin og henholdsvis svær psykisk lidelse og demens.

^f Spørgsmålet lyder "For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger" efterfulgt af en række sygdomme og lidelser.

^g A- og B-diagnoser står for henholdsvis aktionsdiagnose og bi-diagnose.

1.3.2 Multisygdom

Multisygdom, eller multimorbiditet, defineres som tilstedeværelsen af to eller flere (kroniske/langvarige) sygdomme hos samme person på tværs af psykiske og somatiske diagnoser. Forekomsten af multisygdom vil afhænge af, hvordan det opgøres og i særdeleshed af antallet af kroniske sygdomme, der inkluderes i definitionen.

I denne rapport skelnes mellem to definitioner af multisygdom (tabel 1.3a). En bred, hvor forekomsten af kronisk sygdom baseres på en kombination af spørgeskema- og registeroplys-

ninger og en smal, hvor forekomsten baseres udelukkende på registeroplysninger. Den brede definition inkluderer to sygdomme mere end den smalle definition, ryg sygdom og slidgigt, som begge er hyppigt forekommende sygdomme. Hypig hovedpine/migræne indgår ikke i de to definitioner af multisygdom. I rapporten anvendes den brede definition medmindre andet er nævnt. De to definitioner på multisygdom vil herefter blive benævnt: Multisygdom (14 sygdomme) og multisygdom (12 sygdomme).

Tabel 1.3a Kriterier for identifikation af borgere med multisygdom

Sygdom	Følgende sygdomme indgår:
Multisygdom (14 sygdomme)	Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, slidgigt, ryg sygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, demens, luftvejsallergi
Multisygdom (12 sygdomme)	Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, demens, luftvejsallergi

1.3.3 Biologiske risikofaktorer

Udover kroniske sygdomme har rapporten fokus på fire biologiske risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom: Forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol samt moderat- og svær overvægt.

Tabel 1.4 Kriterier for identifikation af borgere med biologiske risikofaktorer i registre og spørgeskemadata

Sygdom	Definition
Forhøjet blodtryk	<p>Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose^c 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: I10, I11, I12, I13, I15. • ATC-koder: C07B, C03A, C03B, C03E, C03X • ATC-koder: C03C, C03D, C07A, C09 hvis borgeren IKKE har LPR-kontakt i de foregående fem år med ICD10-koder: I20.0, I21, I25.1, I50 som A- eller B-diagnose • ATC-koder: C08 hvis borgeren IKKE har LPR-kontakt i de foregående fem år med ICD10-koder I20-I25 som A- eller B-diagnose
Forhøjet kolesterol	<p>Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som A- eller B-diagnose^c 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD10-koder: E78.0, E78.2, E78.4, E78.5 • ATC-kode: C10
Moderat overvægt	Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2007, 2010 eller 2013, og har besvaret spørgsmålene om vægt og højde, således at den beregnede BMI er 25,0-<30,0
Svær overvægt	Alle borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2007, 2010 eller 2013, og har besvaret spørgsmålene om vægt og højde, således at den beregnede BMI er 30,0 eller derover.

^a LPR: Landspatientregistret. 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.

^c A- og B-diagnoser står for henholdsvis aktionsdiagnose og bi-diagnose.

1.3.4 Forbrug af sundhedsydelser

Forbruget af sundhedsydelser opgøres som forskellige typer af kontakter til henholdsvis praksissektor og hospitalssektor på baggrund af oplysninger fra Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Landspatientregisteret-Psykiatri. Der ses kun på kontakter i kalenderåret 2012.

Der er ikke tale om diagnose-specifikke kontakter. Blandt borgere med en given kronisk sygdom indgår alle kontakter i opgørelsen af forbruget, uanset om kontakten har med den pågældende sygdom at gøre. I tabel 1.5 ses definitioner på de forskellige typer af kontakter, som anvendes i denne rapport.

Tabel 1.5 Kriterier for definition af kontakter til sundhedsvæsenet

Kontakt	Definition
Praktiserende læge	Antal kontakter til praktiserende læge (eksklusiv vagtlægekontakt, men inklusiv emailkonsultation, telefonkonsultation og hjemmebesøg). Opgjort som summen af KONTAKT i Sygesikringsregisteret for 2012, hvor de to første cifre af SPECIALE er 80 og hvor de to første cifre i HONUGE er 12.
Praktiserende speciallæge ^b	Antal kontakter til praktiserende speciallæge. Opgjort som summen af KONTAKT i Sygesikringsregisteret for 2012, hvor de to første cifre af SPECIALE = 01, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 eller 26 og hvor de to første cifre i HONUGE er 12.
Vagtlæge	Antal kontakter til vagtlæge opgjort som summen af KONTAKT i Sygesikringsregisteret for 2012, hvor de to første cifre af SPECIALE = 81, 82, 83 eller 89, og hvor de to første cifre i HONUGE er 12.
Skadestue	Antal skadestuebesøg på somatiske hospitaler opgjort som antallet af kontakter ^a i LPR ^d med PATTY=3 og INDDTO i 2012.
Psykiatrisk skadestue	Antal skadestuebesøg på psykiatriske hospitaler opgjort som antallet af kontakter ^a i LPR-PSYK ^d med PATTY=3 og INDDTO i 2012.
Ambulante kontakter	Antal besøg i forbindelse med ambulante forløb på somatiske hospitaler opgjort som antal besøgsdatoer AMBDTO ^a i LPR ^d med PATTY=2 og AMBDTO i 2012.
Psykiatriske ambulante kontakter	Antal besøg i forbindelse med ambulante forløb på psykiatrisk afdeling/hospital. Opgjort som antal besøgsdatoer AMBDTO ^a i LPR-PSYK ^d med PATTY=2 og AMBDTO i 2012.
Akut indlæggelse	Antal akutte indlæggelser på somatiske hospitaler. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^c i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTY=0, hvor indlæggelsesmåden er akut på den første indlæggelsesdato og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i 2012.
Planlagt indlæggelse	Antal planlagte indlæggelser på somatiske hospitaler. Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^c i LPR ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTY=0, hvor indlæggelsesmåden er planlagt på den første indlæggelsesdato og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i 2012.
Psykiatrisk indlæggelse	Antal psykiatriske indlæggelser opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser ^c i LPR-PSYK ^a , hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTY=0 og hvor den sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i 2012.

Kontakt	Definition
Genindlæggelse	<p>Antal akutte somatiske genindlæggelser.</p> <p>Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser^c 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.</p> <p>Der er kun tale om somatiske genindlæggelser efter somatiske indlæggelser.</p>
Psykiatrisk genindlæggelse	<p>Antal psykiatriske genindlæggelser.</p> <p>Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser^c 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.</p>
Sengedage akut	<p>Sum af antal sengedage for akutte somatiske indlæggelser.</p> <p>Opgjort som summen af sengedage for alle akutte indlæggelsesforløb i LPR (se akut indlæggelse). Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdato er ens.</p>
Sengedage planlagt	<p>Sum af antal sengedage for planlagte somatiske indlæggelser.</p> <p>Opgjort som summen af sengedage for alle planlagte indlæggelsesforløb i LPR (se planlagt indlæggelse). Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdato er ens.</p>
Sengedage psykiatri	<p>Sum af antal sengedage for psykiatriske indlæggelser.</p> <p>Opgjort som summen af sengedage for psykiatriske indlæggelsesforløb i LPR-PSYK (se psykiatrisk indlæggelse). Sengedage fra indlæggelsesforløb, hvor A-diagnosen i første indlæggelse i forløbet har ICD10-koder F10.0- F10.3 (afslutningsforløb) tælles ikke med. Antal sengedage beregnes for hvert indlæggelsesforløb som udskrivningsdato minus indlæggelsesdato, dog tælles én sengedag, hvis indlæggelsesdato og udskrivningsdato er ens.</p>
Forebyggelige indlæggelser	<p>Antal forebyggelige indlæggelser på somatiske afdelinger blandt 65+ årige.</p> <p>Opgjort som antallet af tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser^c i LPR^a, hvor alle inkluderede indlæggelser har PATTYPE=0, hvor første indlæggelse i forløbet har ICD10-koder blandt nedenstående og finder sted efter borgeren er fyldt 65 år, og hvor sidste udskrivningsdato i forløbet ligger i 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.

Kontakt	Definition
Årskontrol	<p>Antal årskontroller udført hos praktiserende læge i løbet af 2012.</p> <p>Opgjort som antallet af kontakter i Sygesikringsregisteret, hvor variabelen SPECIALE=800120 eller 800107 og hvor de to første cifre i HONUGE er 12.</p>
Spirometri	<p>Antal spirometriundersøgelser i almen praksis i løbet af 2012.</p> <p>Opgjort som summen af YDLANT i Sygesikringsregisteret, hvor SPECIALE=807113 eller 807121, og hvor de to første cifre i HONUGE er 12.</p>

^a Kontakter med diagnosekode DZ763 (rask ledsager) er ikke talt med.

^b Bemærk, at kontakter til gynækologi/obstetrik ikke tælles med.

^c To på hinanden følgende indlæggelser, hvor den førstes udskrivningsdato er lig den anden indlæggelsesdato, er talt som én indlæggelse.

^d LPR: Landspatientregistret. LPR-PSYK: Landspatientregistret-Psykiatri.

1.3.5 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser

Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser er defineret på baggrund af oplysninger fra Sygesikringsregisteret, Lægemedeldatabasen og takstdata på det somatiske og psykiatriske område. Der opgøres kun omkostninger for kalenderåret 2012.

For omkostninger til hospitalssektoren benyttes oplysninger fra takstdata (Region Hovedstadens DRG- og DAGS-registreringer¹). Dette inkluderer omkostninger for alle kontakter til hospitalssektoren. Omkostninger ved offentligt betalte kontakter på private hospitaler er også inkluderet.

Der er ikke tale om diagnose-specifikke omkostninger. Blandt borgere med en given kronisk sygdom indgår omkostninger til

alle kontakter/medicinudleveringer i beregningerne, uanset om kontakten/medicinen er relateret til den pågældende sygdom.

I tabel 1.6 ses definitioner på de forskellige typer af omkostninger, som anvendes i denne rapport. For omkostninger til medicin skelnes mellem borgerens egne omkostninger, regionale omkostninger og den kommunale medfinansiering. For omkostninger til kontakter til praksis- og hospitalssektoren skelnes mellem regionale omkostninger og den kommunale medfinansiering. For alle typer opgøres desuden de totale omkostninger.

Tabel 1.6 Kriterier for definition af omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser

Omkostning	Definition
Medicin – regional	<p>Samlede regionale udgifter til medicin købt på recept i 2012.</p> <p>Beregnes som sum af variabelen TSKA for alle receptindløsninger i 2012 (ekspeditionsdato (EKSD) i år 2012) for alle ATC-koder.</p>
Medicin – kommunal	<p>Den samlede kommunale medfinansiering til medicin købt på recept i 2012.</p> <p>Beregnes som sum af variablene TSK1 og TSK2 for alle receptindløsninger i 2012 (ekspeditionsdato (EKSD) i år 2012) for alle ATC-koder.</p>
Medicin – borgeren	<p>Samlede udgifter for borgeren til medicin købt på recept i 2012.</p> <p>Beregnes som sum af variabelen PTP for alle receptindløsninger i 2012 (ekspeditionsdato (EKSD) i år 2012) for alle ATC-koder.</p>
Medicin – total	<p>Totale udgifter til medicin købt på recept i 2012.</p> <p>Beregnes som summen af regionale medicinomkostninger, den kommunale medfinansiering samt borgerens egenbetaling.</p>

¹ DRG: Diagnoserelaterede grupper. DAGS: Dansk ambulant grupperingsystem.

Omkostning	Definition
Sygesikringsydelse – regional	Samlede regionale omkostninger til ydelser i praksissektoren i 2012. Beregnes fra Sygesikringsregisteret, som de omkostninger der indgår i de totale omkostninger ved sygesikringsydelse, fratrukket den kommunale medfinansiering ved sygesikringsydelse.
Sygesikringsydelse – kommunal	Samlet kommunal medfinansiering ved ydelser i praksissektoren i 2012. I disse omkostninger indgår fra Sygesikringsregisteret: <ul style="list-style-type: none"> • 10 % af summen af variablen 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 variablen BRUHON for SPECIALE= 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 63 og 64 • 34 % af summen af variablen BRUHON for SPECIALE=01, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 og 26 - dog max. 1.384 kr. pr. besøg
Sygesikringsydelse – total	Totalt omkostninger til ydelser i praksissektoren i 2012 (almen praksis, vagtlæge, speciallæger, terapeuter mm., fx fysioterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, fodterapi, tandlæge). Beregnes fra Sygesikringsregisteret som sum af variablen BRUHON, hvor de to første cifre af SPECIALE =01, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 80, 81, 82, 83 eller 89 og hvor de to første cifre i HONUGE er 12
Hospitalssektoren, somatik – regional	Samlede regionale omkostninger ved somatiske hospitalskontakter i 2012. I disse omkostninger indgår summen af følgende oplysninger fra 2012 <ul style="list-style-type: none"> • TOTPRIS fra DRG somatik fratrukket KOMPRIS fra DRG somatik • Pris fra DAGS somatik fratrukket KOMPRIS fra DAGS somatik • 30% af GENOPPRIS fra DRG somatik
Hospitalssektoren, somatik – kommunal	Den samlede kommunale medfinansiering ved somatiske hospitalskontakter i 2012. I disse omkostninger indgår summen af følgende oplysninger fra 2012 <ul style="list-style-type: none"> • KOMPRIS fra DRG somatik • KOMPRIS fra DAGS somatik • 70% af GENOPPRIS fra DRG somatik • GENOPPRIS fra DAGS somatik

Omkostning	Definition
Hospitalssektoren, somatik – total	Totalt omkostninger ved somatiske hospitalskontakter i 2012 (indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuekontakter, genoptræning). Indeholder både regionale omkostninger og kommunal medfinansiering. I disse omkostninger indgår summen af følgende oplysninger fra 2012 <ul style="list-style-type: none"> • TOTPRIS fra DRG somatik • PRIS fra DAGS somatik • GENOPPRIS fra DRG somatik • GENOPPRIS fra DAGS somatik
Total – regional	Totalt regionale omkostninger til sygesikring, somatiske hospitalskontakter og medicin i 2012. Beregnes som summen af sygesikring – regional, hospitalssektoren – regional og medicin – regional.
Total – kommunal	Den totale kommunale medfinansiering til sygesikring, somatiske hospitalskontakter og medicin i 2012. Beregnes som summen af sygesikring – kommunal, hospitalssektoren – kommunal og medicin – kommunal.
Total	Totalt omkostninger til medicin, sygesikringsydelse og somatiske hospitalskontakter i 2012. Det inkluderer regionale omkostninger, den kommunale medfinansiering samt borgerens egenbetaling af medicin. Beregnes som summen af medicin - total, sygesikringsydelse - total og hospitalssektoren, somatik - total.

1.4 Formidling og læsevejledning

1.4.1 Præsentation af resultater på regions- og kommuneniveau

I denne sundhedsprofil præsenteres resultater i forhold til forekomst af kroniske sygdomme, forbrug af sundhedsydelse og omkostninger herved, generelt helbred, sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer samt motivation til adfærdændring i såkaldte sygdomstabeller, som viser alle de udvalgte sygdomme, grupper af multisygdom samt biologiske risikofaktorer. Dermed er det muligt at sammenligne borgere med forskellige sygdomme. Borgere med flere kroniske sygdomme indgår i opgørelserne for hver enkelt sygdom. En borger med diabetes og KOL vil således indgå både i opgørelserne for diabetes og i opgørelserne for KOL. Et eksempel på en tabel af denne type kan ses i tabel 8.1 (kapitel 8).

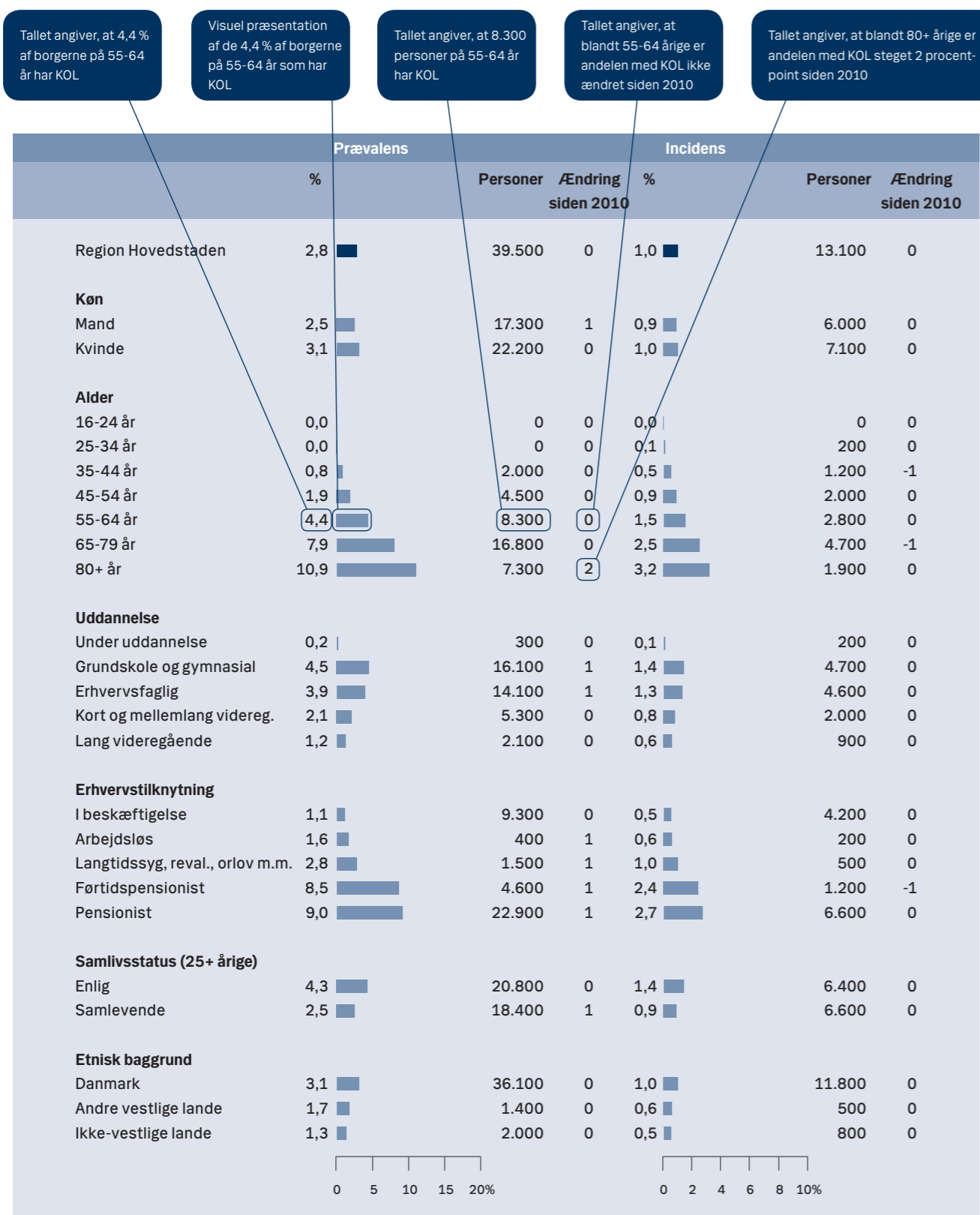
I rapporten opgøres desuden fordelingen af de kroniske sygdomme i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervsstillingsknytning, samlivsstatus samt etnisk i såkaldte regionstabeller. På denne måde illustreres det, hvilke befolkningsgrupper, der

har den største andel af borgere med en given kronisk sygdom. Herudover præsenteres eventuelle ændringer i fordelingerne siden 2010. Ændringerne vises som absolutte ændringer i andelen i procentpoint. Tallet beregnes sådan at et positivt tal svarer til en stigning i andelen, mens et negativt tal svarer til et fald. Et eksempel på en tabel af denne type kan ses i tabel 1.7.

For at øge læsevenligheden er antallet af personer (som er prævalente eller incidente) rundet af til nærmeste 100. Det betyder, at summen af underkategorier i en regionsopgørelse ikke nødvendigvis svarer præcist til regionsresultatet i samme opgørelse.

Resultater på kommuneniveau præsenteres ikke i nærværende rapport. Udvalgte kommunetabeller vil dog være tilgængelige på forskningscenterets hjemmeside www.fcfs.dk.

Tabel 1.7 Læsevejledning for regionstabeller. Eksempel: Borgere med KOL 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2012 (tabel 3.18 i rapporten)



1.4.2 Præsentation af resultater på planlægnings- og hospitalsoptageområdeniveau

I forhold til den regionale organisering af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden er regionen opdelt i fire planlægningsområder, som hver har et områdehospital og op til to nærhospitalet. Borgerne tilknyttes disse ud fra bopælskommune/bydel (tabel 1.8). Bornholms Hospital har særstatus grundet sin geografiske placering og er som det eneste hospital ikke tilknyttet et planlægningsområde. Derfor indgår Bornholms

Hospital ikke i rapportens planlægningsområdetabeller. Resultaterne for Bornholms Regionskommune er opgjort på samme måde som resultaterne for regionens øvrige kommuner og kan findes på forskningscenterets hjemmeside www.fcfs.dk. Rigshospitalet indgår ikke i oversigten, da hospitalet er et specialfunktionshospital.

Tabel 1.8 Oversigt over planlægningsområder og tilhørende kommuner, områdehospitalet og nærhospitalet

	Planlægningsområde			
	Nord	Midt	Byen	Syd
Kommuner/Bydele	Allerød Fredensborg Frederikssund Gribskov Halsnæs Helsingør Hillerød Hørsholm	Ballerup Egedal Furesø Gladsaxe Gentofte Herlev Lyngby-Taarbæk Rudersdal Rødovre	Frederiksberg Bispebjerg Bydel 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
Områdehospital	Nordsjællands Hospital	Herlev	Bispebjerg	Hvidovre
Nærhospital		Gentofte	Frederiksberg	Glostrup Amager

I rapporten præsenteres resultater for planlægnings- og hospitalsoptageområderne i forhold til forekomst af sygdomme, forbrug af sundhedsydelser og omkostninger herved samt generelt helbred, sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer for udvalgte sygdomme. Et eksempel på en sådan tabel er tabel 1.9. Det er primært resultater for planlægningsområderne, der beskrives i teksten. Til placering af * er der benyttet tests med 5 % signifikansniveau. Fortolkningen af OR er, at hvis OR er >1, så er sandsynligheden for, at en borger i et planlægningsområde har en given sygdom, større i dette område i forhold til gennemsnittet i regionen, når der er taget højde for, at planlæg-

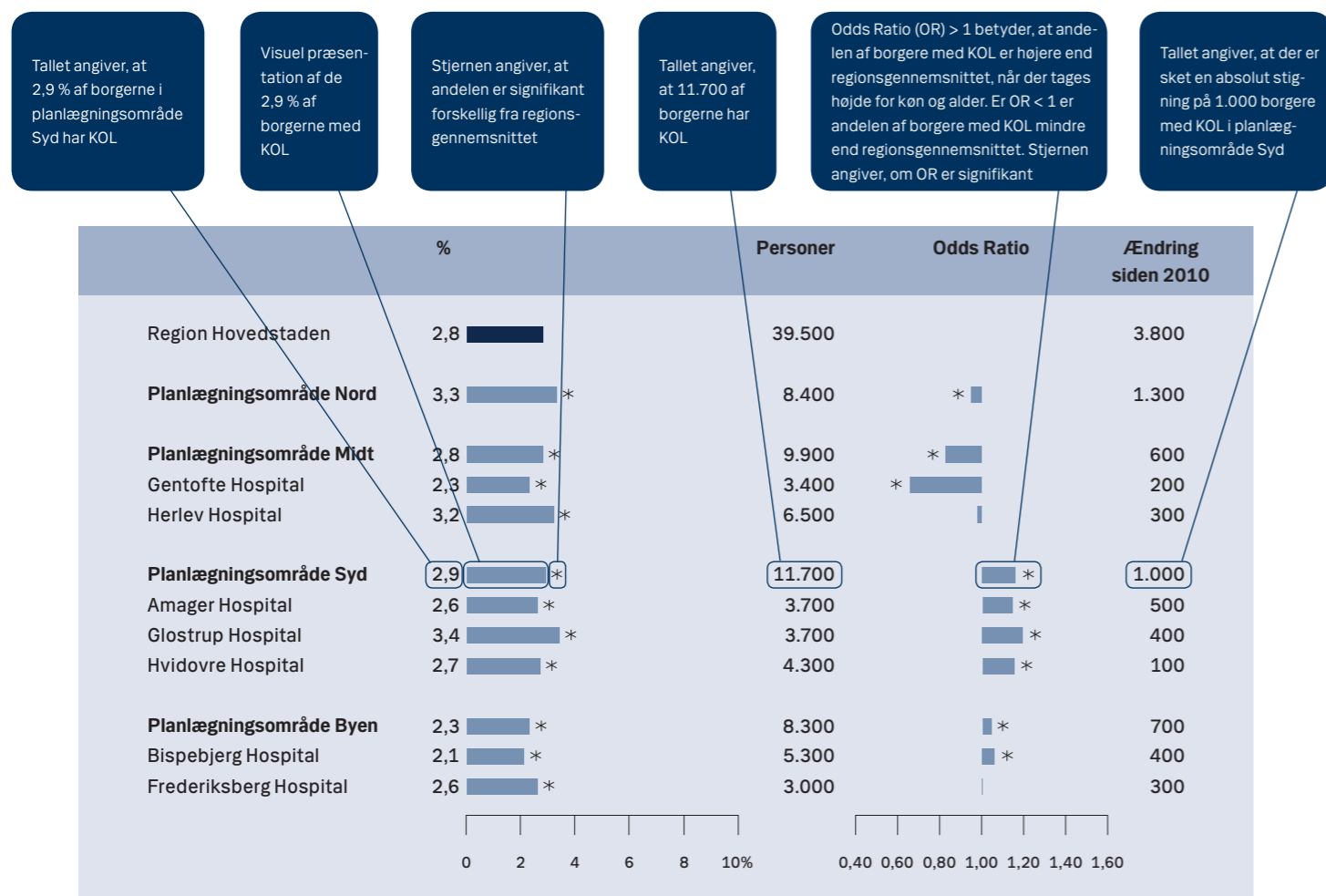
ningsområderne ikke har lige mange mænd og kvinder og ikke lige mange unge og ældre. Hvis OR <1, så er sandsynligheden for, at en borger har en given sygdom mindre, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i planlægningsområderne.

I nogle tabeller af denne type vises endvidere ændringer siden 2010. I kapitel 3 vises ændringerne siden 2010 i form af den absolutte ændring i antallet med en given sygdom. Ændringen beregnes sådan at et positivt tal svarer til en stigning, mens et negativt tal svarer til et fald i antallet.

For at øge læsevenligheden af planlægningsområdetabellerne er antallet af personer rundet af til nærmeste 100 for prævalensopgørelser og nærmeste 10 for opgørelser af incidens. Det betyder, at summen af underkategorier i disse tabeller ikke nødvendigvis svarer præcist til det samlede tal for regionen i samme opgørelse.

I kapitel 8 og 9 vises ændringerne som absolutte forskelle i andelen siden 2010. Ændringerne beregnes sådan at et positivt tal svarer til en stigning i andelen, mens et negativt tal svarer til et fald. Ændringerne vises i procentpoint. Der markeres med en ▲ hvis ændringen er signifikant på 5 % signifikansniveau. I kapitel 8 og 9 vises ændringerne ikke for hospitalsoptageområderne, da der er meget stor usikkerhed på disse resultater.

Tabel 1.9 Læsevejledning for planlægningsområdetabeller. Eksempel: Borgere med KOL i planlægningsområderne 1. januar 2013 (tabel 3.19 i rapporten)



1.5 Medarbejdere

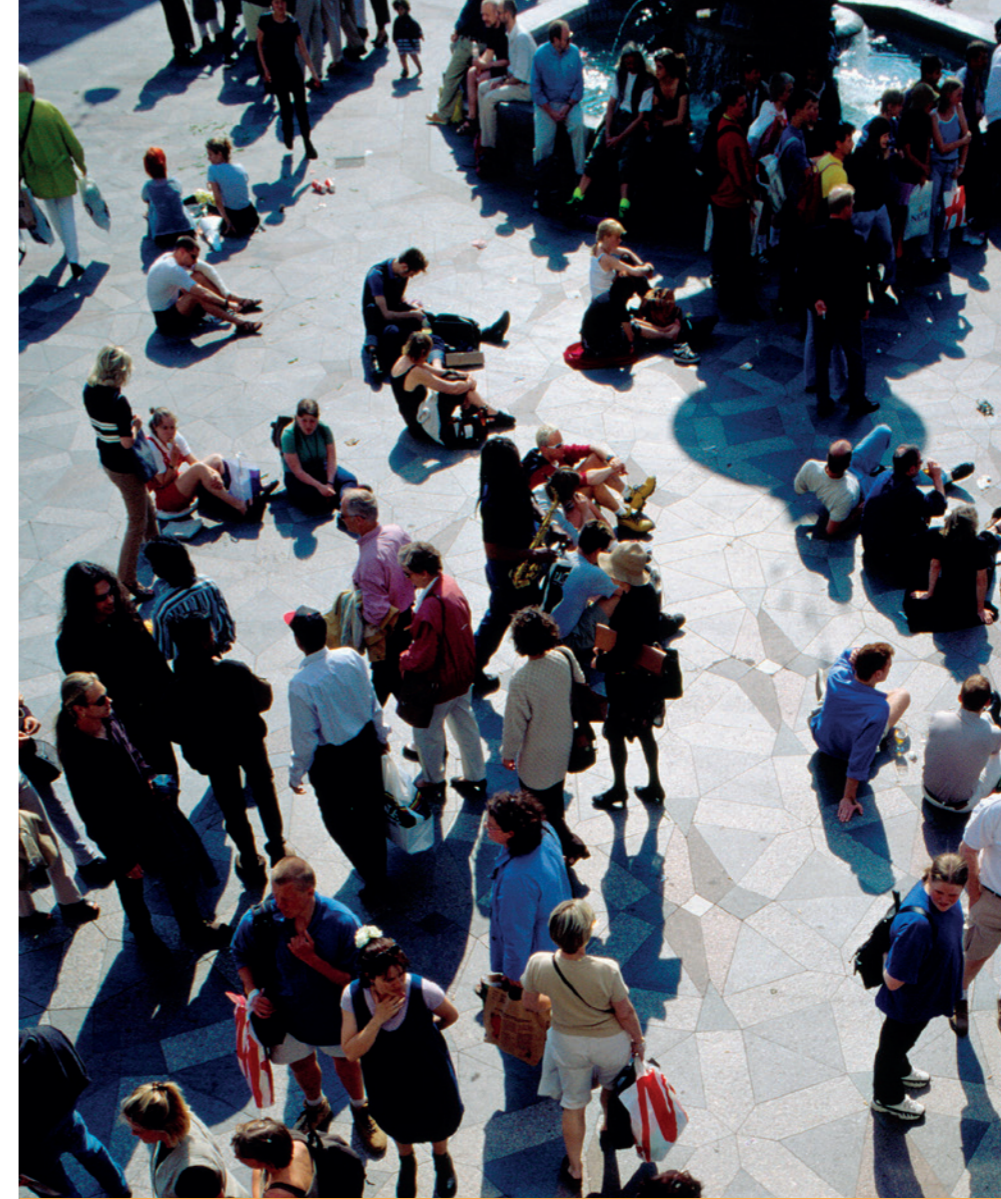
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af *Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom* for Region Hovedstaden.

Hovedkræfterne bag den regionale sundhedsprofil har været projektledere, post doc., ph.d. Cathrine Juel Lau og Kirstine Magtengaard Robinson, videnskabelige medarbejdere cand.scient.san.publ. Maja Lykke, Maj Bekker-Jeppesen og Bodil Helbech Hansen, videnskabelig medarbejder MPH Lone Prip Buhelt, forskningsleder, professor Charlotte Glümer, statistiker Anne Helms Andreasen, som har lavet alle de statistiske analyser og IT-medarbejder Gert Virenfeldt, som har samlet og håndteret de store mængder data fra henholdsvis registre og spørgeskemaundersøgelser. Studentermedhjælper Jessica Bengtsson har udarbejdet kort. Sekretær Gitte Aaslet og videnskabelig medarbejder cand.scient. i Human Ernæring Kamille Almer Bernsdorf har læst korrektur.

En styregruppe bestående af repræsentanter fra de 29 kommuner og repræsentanter fra Region Hovedstaden har været

sparringspartnere under hele processen i forhold til valg af emner, udarbejdelse af analysestrategi, struktur for rapporten samt gennemlæsning og kommentering af udvalgte kapitler i rapporten. Styregruppen består af sundhedskoordinator Tilde Sand Christensen, Rudersdal Kommune (Gentofte-klyngen), sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune (Glostrup-klyngen), konsulent Tine Baatrup, Gribskov Kommune (Gribskov-klyngen), udviklingskonsulent Lisbeth Naver, Herlev Kommune (Herlev-klyngen), sundhedskonsulent Perle MacDonald, Hillerød Kommune (Hillerød-klyngen), sundhedskoordinator Lars Ole Andersen (Hvidovre-klyngen), Lars Engberg, Københavns Kommune (Københavns/Frederiksberg-klyngen), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune, specialkonsulent Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent Anne Hvenegaard Thomsen og overlæge Anne Frølich fra Center for Sundhed under Region Hovedstaden.

Trykning og grafisk opsætning af denne rapport er foretaget af Oberthur Technologies Denmark A/S.



Kapitel 2

Demografi og sociale forhold



2 Demografi og sociale forhold

- 33 % af regionens borgere på 16 år eller derover, er 55 år eller derover, og 20 % er 65 år eller derover
- 40 % af regionens borgere på 25 år eller derover bor alene
- 11 % af regionens borgere på 16 år eller derover har en ikke-vestlig baggrund
- 27 % af regionens borgere på 16 år eller derover har en grundskole- eller gymnasial uddannelse, mens 13 % har en lang videregående uddannelse
- 12 % af regionens borgere i den erhvervsaktive alder er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet

Sundhed og sygelighed er ikke fordelt tilfældigt. En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd [6-8]. En del af de forskelle i sundhed, der ses mellem planlægningsområder og kommuner, kan forklares med forskelle i den demografiske og socioøkonomiske profil områderne imellem. I dette kapitel beskrives fordelingerne af borgerne i forhold til demografi og

sociale forhold i Region Hovedstadens fire planlægningsområder. I *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* beskrives fordelingerne i regionens kommuner samt ændringerne siden 2007 og 2010, hvor det er muligt. Kapitlets oplysninger om alder, uddannelse, erhvervstilknytning, etnisk baggrund, samlivsstatus og indbyggertal er baseret på oplysninger fra nationale registre.

2.1 Demografi

Demografi betyder befolkningsbeskrivelse og knytter sig til informationer om befolkningsforhold, befolkningsstørrelse, befolknings sammensætning og befolkningsudvikling [5]. I

dette afsnit beskrives indbyggertal, aldersfordeling, samlivsforhold og etnisk baggrund blandt borgere i Region Hovedstaden på tværs af planlægningsområder i regionen.

2.1.1 Indbyggertal

Region Hovedstaden har 1,7 mio. indbyggere, hvoraf de 1,4 mio. på 16 år og derover udgør befolkningsgrundlaget for sundhedsprofilen.

Region Hovedstadens hospitalsvæsen er inddelt i fire planlægningsområder, som hver har et områdehospital og en række nærhospitaler. De fire planlægningsområder er Nord, Midt, Syd og Byen. I tabel 2.1 ses indbyggertallet i de fire planlægnings-

områder samt i de medicinske hospitalsoptageområder. Der er flest indbyggere i planlægningsområde Syd og færrest i Nord. Rigshospitalet er ikke tilknyttet et planlægningsområde, men varetager specialfunktioner for regionen og for hele landet. Bornholms Hospital er ligeledes ikke tilknyttet et planlægningsområde.

Tabel 2.1 Borgere på 16 år eller derover i planlægnings- og hospitalsoptageområderne

Planlægnings- og hospitalsoptageområde	Antal indbyggere
Region Hovedstaden	1.413.100
Planlægningsområde Nord	252.000
Planlægningsområde Midt	351.100
Gentofte Hospital	145.200
Herlev Hospital	206.000
Planlægningsområde Syd	406.700
Amager Hospital	140.000
Glostrup Hospital	106.900
Hvidovre Hospital	159.900
Planlægningsområde Byen	365.500
Bispebjerg Hospital	247.700
Frederiksberg Hospital	117.800

2.1.2 Alder

Alder er den faktor, som er stærkest forbundet med udviklingen af kroniske sygdomme. Jo ældre man er, des større er risikoen for at have en kronisk sygdom [4]. Alderssammensætningen er derfor vigtig at tage i betragtning ved sammenligning af befolkningens helbred på tværs af planlægningsområder.

I Region Hovedstaden er hver tredje borger 55 år eller derover, svarende til 471.800 personer, mens hver femte borger er 65 år eller derover, svarende til 280.900 personer. I planlægningsområderne varierer andelen af borgere, som er 55 år eller derover fra 25 % i planlægningsområde Byen til 42 % i plan-

lægningsområde Nord. Andelen af borgere, som er 65 år eller derover varierer fra 15 % i planlægningsområde Byen til 26 % i planlægningsområde Nord. For begge aldersgrupper er der dog flest ældre borgere i planlægningsområde Midt (tabel 2.2).

Andelen af borgere på 55 år eller derover i de fire planlægningsområder har stort set ikke ændret sig fra 2010 til 2013. Andelen af borgere på 65 år eller derover er siden 2010 steget med 2-3 procentpoint i planlægningsområderne Nord og Midt (resultater ikke vist).

Tabel 2.2 Borgere i planlægningsområderne, som er 55 år eller derover, og borgere, som er 65 år eller derover

	55 år eller derover		65 år eller derover	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	33	471.800	20	280.900
Planlægningsområde Nord	42	106.400	26	64.700
Planlægningsområde Midt	39	135.600	24	83.300
Gentofte Hospital	40	58.500	25	36.200
Herlev Hospital	37	77.100	23	47.100
Planlægningsområde Syd	30	120.100	17	69.300
Amager Hospital	28	38.900	16	22.100
Glostrup Hospital	35	37.300	21	22.100
Hvidovre Hospital	27	43.800	16	25.000
Planlægningsområde Byen	25	92.400	15	53.500
Bispebjerg Hospital	23	57.200	13	32.000
Frederiksberg Hospital	30	35.200	18	21.400

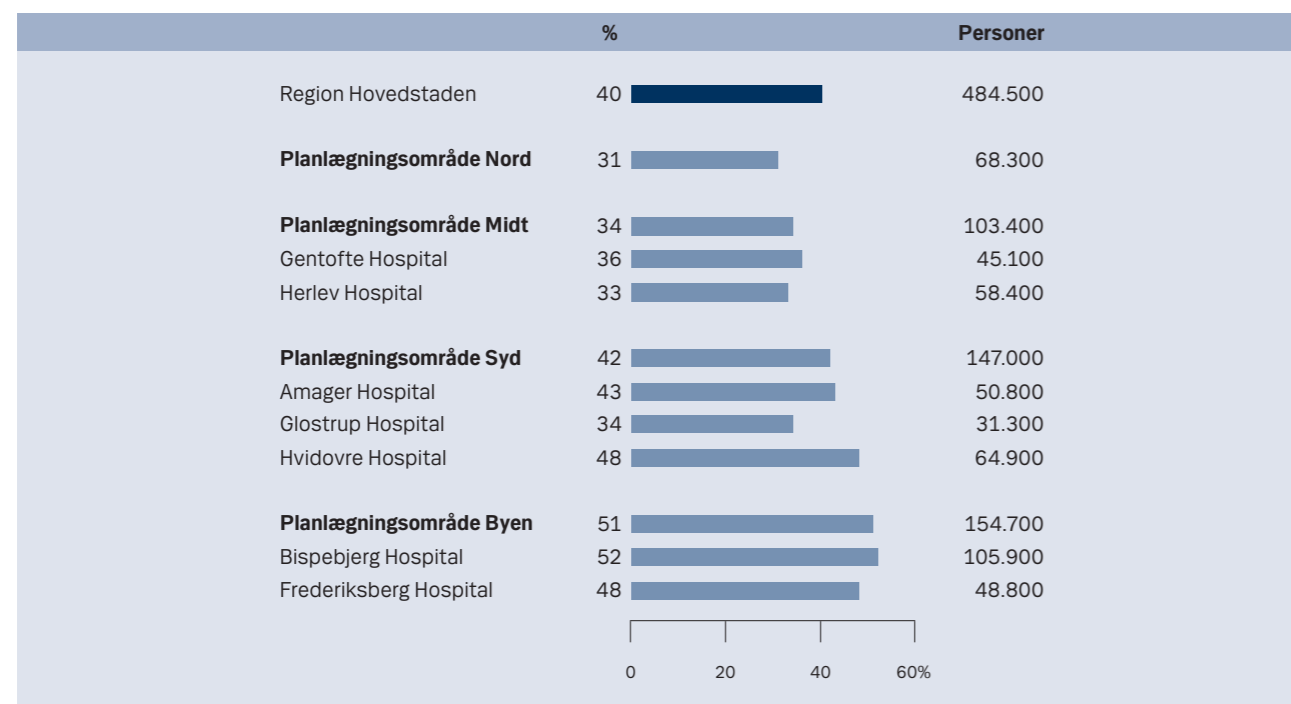
2.1.3 Samlivsstatus

Borgerens samlivsstatus og de sociale relationer, der knytter sig hertil, kan have betydning for forekomsten af en række kroniske sygdomme, overlevelse efter sygdom og dødelighed. Samlivsstatus er derfor vigtig at tage i betragtning ved sammenligning af befolkningens helbred på tværs af planlægningsområder.

Blandt de 16-24 årige flytter mange hjemmefra for at etablere sig og mange har skiftende partnerskaber. Det er derfor ikke meningsfuldt at tale om betydningen af samlivsstatus for sund-

heden i denne aldersgruppe, på samme måde som i de øvrige aldersgrupper. De 16-24 årige indgår derfor ikke i opgørelserne af samlivsstatus i sundhedsprofilen.

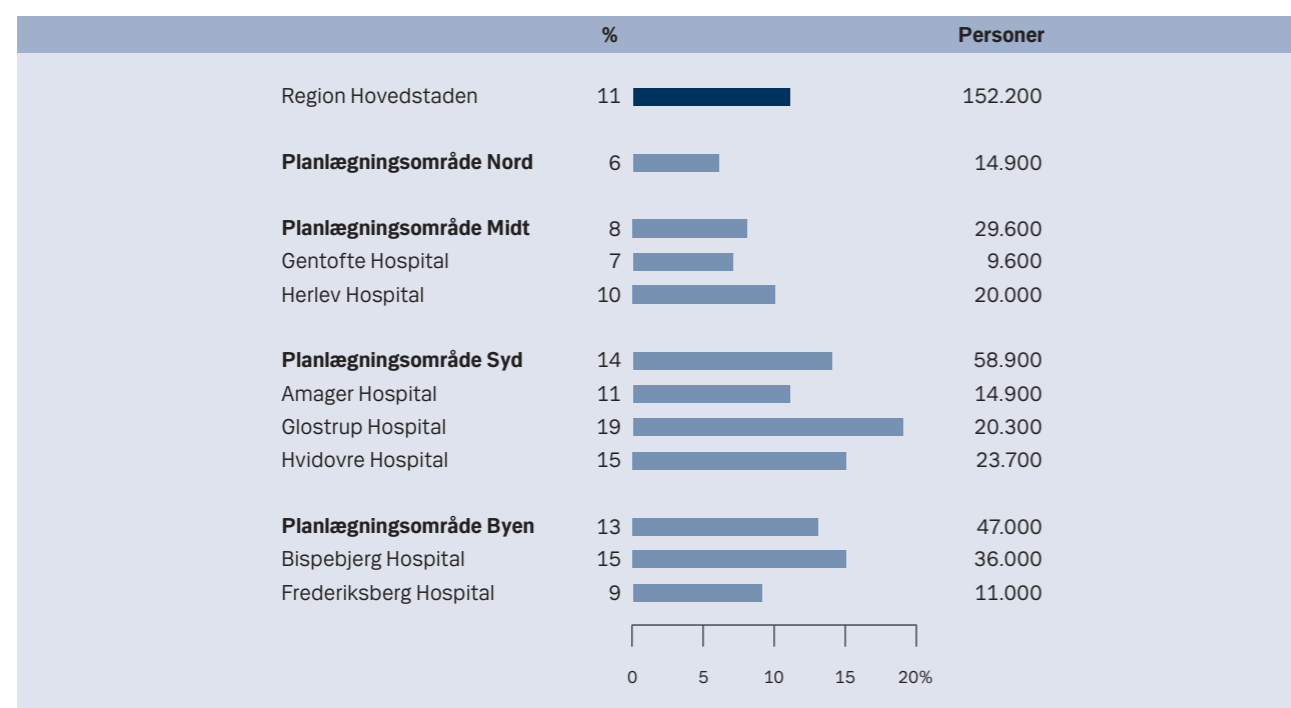
I Region Hovedstaden bor 40 % af borgerne på 25 år og derover alene, svarende til 484.500 personer (tabel 2.3). I planlægningsområderne varierer andelen af borgere, der bor alene fra 31 % i planlægningsområde Nord til 51 % i planlægningsområde Byen.

Tabel 2.3 Borgere på 25 år eller derover i planlægningsområderne, som bor alene

2.1.4 Etnisk baggrund

Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af forskelle i sundhedsadfærd eller forskelle i genetisk disposition for specifikke sygdomme. Etnisk baggrund opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af registeroplysninger om borgernes oprindelsesland, defineret af Danmarks Statistik ud fra oplysninger om borgerens fødeland og statsborgerskabsland samt forældrenes fødeland og statsborgerskabsland.

I Region Hovedstaden har 83 % af befolkningen på 16 år eller derover dansk baggrund, 6 % har en anden vestlig baggrund end dansk, og 11 % har en ikke-vestlig baggrund. I planlægningsområderne varierer andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund fra 6 % i planlægningsområde Nord til en mere end dobbelt så stor andel i planlægningsområderne Byen og Syd (tabel 2.4).

Tabel 2.4 Borgere i planlægningsområderne, som har en ikke-vestlig baggrund

De største grupper af etniske minoriteter i Region Hovedstaden kommer fra Tyrkiet og Pakistan (tabel 2.5). I planlægningsområde Nord kommer de største etniske minoritetsgrupper fra

Tyrkiet og Jugoslavien, i planlægningsområde Midt fra Tyrkiet og Polen, og i planlægningsområderne Syd og Byen fra Tyrkiet og Pakistan.

Tabel 2.5 De 20 største etniske grupper i Region Hovedstaden fordelt på planlægningsområder

Oprindelsesland	Region Hovedstaden		Nord		Midt		Syd		Byen	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Danmark	83,2	1.176.300	90,3	227.600	86,6	304.200	79,5	323.300	78,4	286.500
Tyrkiet	1,9	27.500	1,3	3.300	1,4	5.100	3,7	15.000	1,1	4.100
Pakistan	1,1	15.800	0,2	500	0,6	2.100	2,2	8.800	1,2	4.300
Polen	0,8	10.700	0,5	1.200	0,6	2.300	0,9	3.800	0,9	3.300
Irak	0,7	9.600	0,4	900	0,5	1.900	0,8	3.300	0,9	3.300
Tyskland	0,7	9.300	0,4	1.100	0,6	2.000	0,6	2.500	0,9	3.400
Jugoslavien	0,6	9.000	0,8	2.000	0,6	2.100	0,5	2.100	0,8	2.800
Sverige	0,6	8.500	0,5	1.400	0,4	1.600	0,5	2.200	0,9	3.200
Norge	0,5	7.600	0,4	900	0,4	1.400	0,5	2.000	0,9	3.200
Iran	0,5	6.700	0,3	600	0,5	1.900	0,5	1.900	0,6	2.200
Storbritannien	0,5	6.600	0,3	800	0,4	1.500	0,4	1.800	0,6	2.300
Marokko	0,4	6.200	0,1	200	0,1	500	0,7	2.700	0,8	2.800
Libanon	0,4	6.200	0,5	1.300	0,2	600	0,4	1.700	0,7	2.500
Filippinerne	0,4	6.100	0,3	800	0,6	2.100	0,5	2.000	0,3	1.200
Kina	0,4	5.600	0,1	300	0,4	1.400	0,5	2.200	0,5	1.800
USA	0,3	4.700	0,2	500	0,3	1.000	0,3	1.000	0,6	2.100
Indien	0,3	4.600	0,1	200	0,3	1.200	0,4	1.500	0,5	1.700
Bosnien-Hercegovina	0,3	4.200	0,2	500	0,2	600	0,4	1.600	0,4	1.300
Thailand	0,3	4.100	0,2	600	0,2	800	0,4	1.600	0,3	1.000
Somalia	0,3	4.000	0,0	100	0,2	600	0,2	900	0,6	2.200

Tallene for Region Hovedstaden inkluderer borgere bosat i Region Hovedstaden, herunder også borgere fra Bornholm og borgere i Københavns Kommune udenfor bydelsinddeling, som ikke er tilknyttet et planlægningsområde

Inddeling af etnisk baggrund

- Danmark
- Andre vestlige lande: 27 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke vestlige-lande: Alle øvrige lande inklusiv Kroatien, som først blev EU-land midt i 2013

2.2 Sociale forhold

I dette afsnit beskrives sociale forhold, som kan have betydning for udviklingen af kroniske sygdomme. Det drejer sig om

2.2.1 Uddannelse

Uddannelsesniveau er et udtryk for social position i samfundet. Det skyldes blandt andet, at uddannelse har indflydelse på muligheden for at få bestemte typer af jobs og dermed også på indkomstniveau og et givent niveau af materielle ressourcer. Samtidig kan uddannelsesniveau være en indikator for borgerens evne til at finde relevant information og tilegne sig viden. Gennem uddannelse tilegner den enkelte sig kompetencer, som har betydning for personens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed.

I sundhedsprofilen er borgernes uddannelsesniveau kategoriseret ved brug af Danmarks Statistiks oplysninger om borgernes højst fuldførte uddannelse. En uddybende beskrivelse af kategoriseringen af uddannelse kan findes i bilag 1 i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*.

uddannelse og erhvervstilknytning for borgerne i de enkelte planlægningsområder.

I alt 27 % af borgerne i Region Hovedstaden har en grundskole- eller gymnasial uddannelse, svarende til 355.800 personer, mens 13 % har en lang videregående uddannelse, svarende til 167.200 personer (tabel 2.6). I planlægningsområderne varierer andelen af borgere med en grundskole- eller gymnasial uddannelse fra 24 % i planlægningsområderne Byen og Midt til 30 % i planlægningsområde Syd. Andelen af borgere med en lang videregående uddannelse varierer fra 9 % i planlægningsområderne Nord og Syd til 17 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med en lang videregående uddannelse er dermed dobbelt så stor i planlægningsområde Byen, sammenlignet med planlægningsområderne Nord og Syd.

Tabel 2.6 Borgere i planlægningsområderne, som har en grundskole- eller gymnasial uddannelse og borgere, som har en lang videregående uddannelse

	Grundskole- og gymnasial		Lang videregående	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	27	355.800	13	167.200
Planlægningsområde Nord	27	65.500	9	21.700
Planlægningsområde Midt	24	80.700	15	50.400
Gentofte Hospital	21	28.400	23	31.700
Herlev Hospital	26	52.300	9	18.700
Planlægningsområde Syd	30	114.700	9	34.900
Amager Hospital	28	36.400	11	14.300
Glostrup Hospital	32	32.900	5	5.100
Hvidovre Hospital	30	45.400	10	15.500
Planlægningsområde Byen	24	81.600	17	58.900
Bispebjerg Hospital	25	57.300	17	37.700
Frederiksberg Hospital	22	24.300	19	21.200

2.2.2 Erhvervstilknytning

Et andet vigtigt mål for social position i samfundet er erhvervstilknytning. Erhvervstilknytning har blandt andet betydning for borgerens økonomi og er dermed knyttet til den enkeltes muligheder i relation til egen sundhed. Dertil kommer forbindelsen mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen.

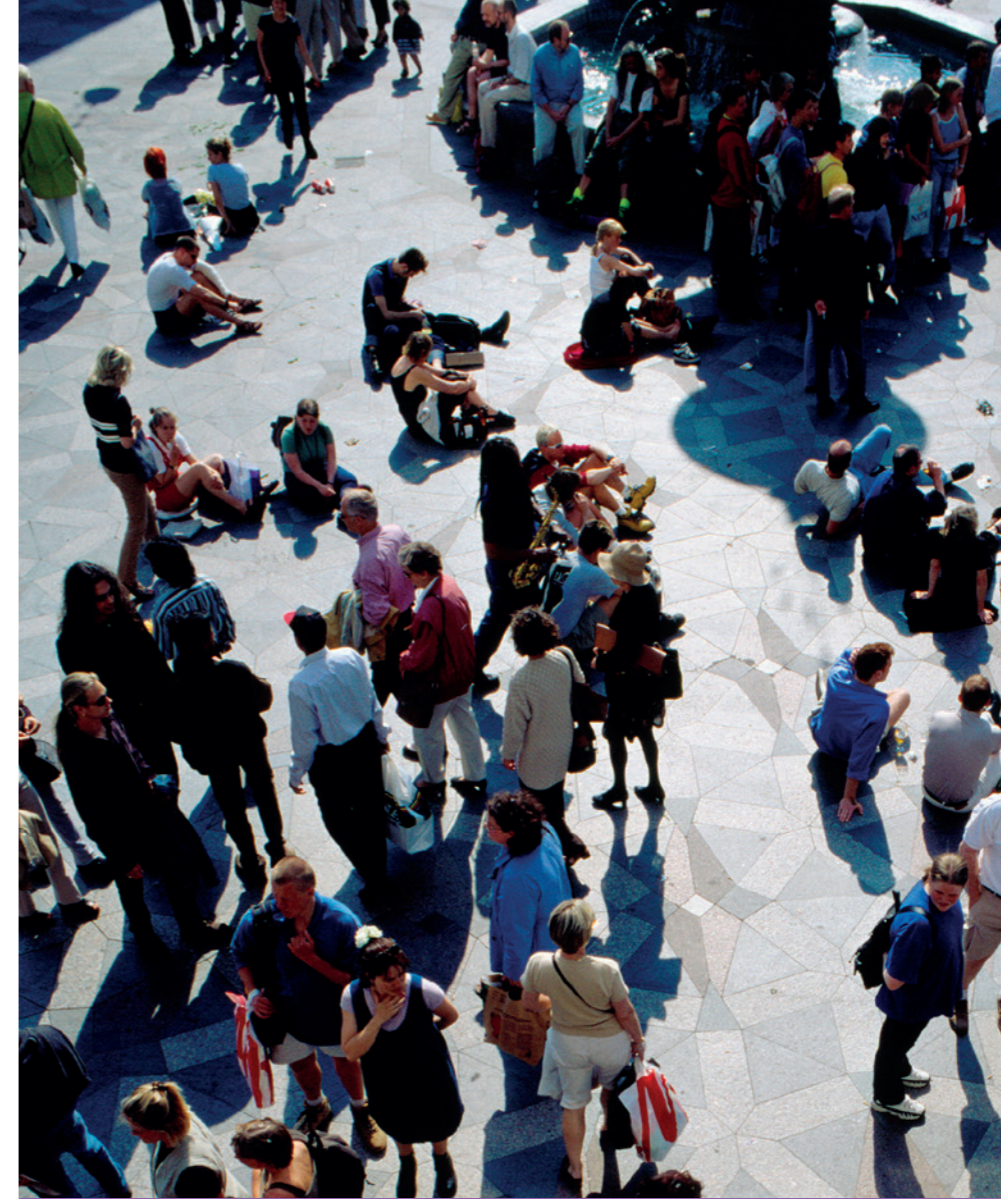
Der er en klar sammenhæng mellem erhvervstilknytning og helbredsforhold. Eksklusion fra arbejdsmarkedet, som følge af eksempelvis arbejdsløshed, er en markant begivenhed, som kan føre til forringet helbred [9]. Det skyldes ikke alene, at arbejdsløshed er forbundet med tab af indkomst og dermed reduceret økonomisk råderum. At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører tab af sociale relationer og struktur i hverdagen, som er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for det fysiske og mentale helbred.

I sundhedsprofilen kategoriseres borgerne efter deres tilknytning til arbejdsmarkedet ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik om borgernes væsentligste indkomstkilde. I denne sundhedsprofil anvendes betegnelsen "Borgere i den erhvervsaktive alder, som er udenfor arbejdsmarkedet" som en fællesbetegnelse for grupperne: "Arbejdsløs", "Langtidssyg, reval., orlov m.m." samt "Førtidspensionist". En uddybende beskrivelse af kategoriseringen af erhvervstilknytning kan findes i bilag 2 i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*.

I alt 12 % af borgerne under 65 år i Region Hovedstaden er uden erhvervstilknytning, svarende til 126.200 personer (tabel 2.7). I planlægningsområderne varierer andelen af borgere under 65 år uden erhvervstilknytning fra 10 % i planlægningsområde Midt til 13 % i planlægningsområde Syd.

Tabel 2.7 Borgere under 65 år i planlægningsområderne, som er uden erhvervstilknytning

	%	Personer
Region Hovedstaden	12	126.200
Planlægningsområde Nord	11	19.700
Planlægningsområde Midt	10	24.500
Gentofte Hospital	7	7.300
Herlev Hospital	11	17.200
Planlægningsområde Syd	13	41.900
Amager Hospital	11	12.600
Glostrup Hospital	15	11.600
Hvidovre Hospital	14	17.700
Planlægningsområde Byen	12	35.000
Bispebjerg Hospital	13	26.000
Frederiksberg Hospital	10	8.900



Kapitel 3

Forekomst af kroniske sygdomme



3 Forekomst af kroniske sygdomme

- Kroniske sygdomme forekommer hyppigt i Region Hovedstaden. 25 % af befolkningen har 1 kronisk sygdom, 12 % har 2 kroniske sygdomme og 8 % har 3 eller flere kroniske sygdomme.
- Kroniske sygdomme forekommer generelt hyppigere blandt ældre borgere. 30 % af den ældre del af befolkningen har 1 kronisk sygdom, 23 % har 2 kroniske sygdomme og 22 % har 3 eller flere kroniske sygdomme
- Der ses en social gradient i forekomsten af mange af sygdommene. Forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau og er størst blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet.
- Den sociale ulighed går igen på tværs af planlægningsområderne. For størstedelen af de kroniske sygdomme ses en højere forekomst i planlægningsområderne Syd og Byen og en lavere forekomst i Nord og Midt sammenlignet med regions gennemsnittet.

Den samlede andel af borgere med kroniske sygdomme er stigende i Danmark. Denne stigning skyldes blandt andet, at befolkningen bliver ældre og at flere lever længere med deres kroniske sygdomme på grund af en forbedret behandling og rehabilitering [1]. Mange kroniske sygdomme er ikke umiddelbart livstruende, men kan medføre begrænsninger i hverdagen i form af eksempelvis funktionstab, nedsat livskvalitet og social isolation. Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, som optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet [4]. Der stilles derfor store krav til samarbejdet mellem regioner og kommuner i forhold til sundhedsvæsenets håndtering af borgere med kronisk sygdom.

Forekomsten af kroniske sygdomme kan opgøres ved at anvende forskellige datakilder såsom centrale registre og spørgeskemaer. 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 og en række muskelskeletsygdomme. Omvendt vil man ved anvendelse af spørgeskemaoplysninger kunne 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. Dette kan eksempelvis være tilfældet for slidgigt. En underestimering kan ske, hvis borgerne glemmer at angive, at de har en given sygdom.

I denne rapport er forekomsten af kroniske sygdomme primært opgjort på baggrund af registeroplysninger, mens forekomsten af slidgigt, rygsygdom og hyppig hovedpine/migræne er opgjort ved spørgeskemaoplysninger (se kapitel 1).

I dette kapitel beskrives først den samlede forekomst af kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Herefter beskrives forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme, forekomsten af flere kroniske sygdomme (multisygdom), samt forekomsten af udvalgte biologiske risikofaktorer for kronisk sygdom. Herudover beskrives ændringer i forekomsten siden 2010, hvor det er muligt. På regionsniveau beskrives ændringer i andelen af borgere med en given sygdom (i procentpoint), mens ændringer på planlægningsområdeniveau beskrives som ændringer i antallet af borgere med en given sygdom siden 2010. Ved gennemgangen af de enkelte kroniske sygdomme vil fokus være på den sociodemografiske variation og variationen på tværs af planlægningsområder. Der opgøres både resultater for den samlede sygdomsforekomst på et givent tidspunkt (prævalens) og for forekomsten af nye sygdomstilfælde (incidens).

På forskningscentrets hjemmeside kan følgende materiale findes:

- Et udvalg af kommunetabeller

3.1 Samlet forekomst af kronisk sygdom i Region Hovedstaden

I dette afsnit præsenteres et overordnet billede af forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden samt af udviklingen i sygdomsforekomst i perioden 2007 til 2013. Forekomsten

opgøres som det samlede antal tilfælde af sygdom på et givent tidspunkt (prævalens) og som nye tilfælde inden for et år (incidens).

Prævalens (samlede tilfælde af sygdom) opgøres på baggrund af register- eller spørgeskemaoplysninger for borgere bosat i Region Hovedstaden 1. januar:

- 2007: Registeroplysninger fra 2002-2006 eller spørgeskemaoplysninger fra 2006-2007
- 2010: Registeroplysninger fra 2005-2009 eller spørgeskemaoplysninger fra 2010
- 2013: Registeroplysninger fra 2008-2012 eller spørgeskemaoplysninger fra 2013

Incidens (nye tilfælde af sygdom inden for et år) opgøres på baggrund af registeroplysninger for 2007, 2010 og 2012 for borgere, som ikke er prævalente og som er bosat i Region Hovedstaden 1. januar:

- 2007: På baggrund af registeroplysninger i 2007
- 2010: På baggrund af registeroplysninger i 2010
- 2012: På baggrund af registeroplysninger i 2012

Samlet forekomst (prævalens)

I Region Hovedstaden lever 44 % af borgerne på 16 år eller derover med 1 eller flere kroniske sygdomme, svarende til 626.000 personer (tabel 3.1). For borgere på 65 år eller derover gælder det, at hele 76 % af borgerne, svarende til 213.000 personer har 1 eller flere kroniske sygdomme. De hyppigste sygdomme, blandt alle borgere, er slidgigt og hyppig hovedpine/migræne. Slidgigt er ligeledes den hyppigste sygdom blandt borgere, som er 65 år eller derover, efterfulgt af rygsygdom og luftvejsallergi. Derudover ses en højere forekomst af diabetes, hjertesygdom, kræft og knogleskørhed blandt borgere, som er 65 år eller derover sammenlignet med alle borgere.

I alt 25 % af borgerne har 1 kronisk sygdom, 12 % har 2 kroniske sygdomme, mens 8 % har 3 eller flere kroniske sygdomme. For borgere på 65 år eller derover gælder det at 30 % af borgerne har 1 kronisk sygdom, 23 % har 2 kroniske sygdomme, mens 22 % har 3 eller flere kroniske sygdomme.

Af de opgjorte biologiske risikofaktorer er moderat overvægt og forhøjet blodtryk de hyppigst forekommende i den samlede befolkning. Blandt borgere på 65 år eller derover har mere end halvdelen forhøjet blodtryk, mens hver tredje har forhøjet kolesterol eller er moderat overvægtig.

Andelen af borgere med kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer er stort set uændret siden 2007 (tabel 3.2), dog ses

en stigning i forekomsten af borgere med forhøjet kolesterol. Ser man på det faktiske antal af borgere med de forskellige kroniske sygdomme ses en stigning for stort set alle sygdommene. Antallet af diabetikere er steget mest og der er således kommet 20.000 flere diabetikere siden 2007. Slidgigt og hyppig hovedpine/migræne indgik ikke i en del af spørgeskemaundersøgelsen i 2007 og kan derfor udelukkende opgøres i 2010 og 2013. Det samme gælder multisygdom.

I denne rapport arbejdes med to definitioner af multisygdom. En bred, hvor forekomsten af kronisk sygdom baseres på en kombination af spørgeskema- og registeroplysninger og en smal, hvor forekomsten baseres udelukkende på registeroplysninger. Definitionerne forklares nærmere i afsnittet om multisygdom senere i dette kapitel, samt i kapitel 1. I tabel 3.2 er den brede definition på multisygdom anvendt. Den brede definition inkluderer to sygdomme mere end den smalle definition, rygsygdom og slidgigt, som begge er hyppigt forekommende sygdomme. Ved brug af den smalle definition er forekomsten af kronisk sygdom mindre end ved brug af den brede definition; i alt 33 % af regionens borgere havde, ifølge denne definition, én eller flere kroniske sygdomme 1. januar 2013 (tabel 3.3). Ligesom ved brug af den brede definition er der ikke sket ændringer i andelen af borgere, der har henholdsvis 1, 2, eller 3 eller flere kroniske sygdomme. Men ser man på antallet af sygdomstilfælde ses en stigning fra 2007 til 2013.

Ændringer i sygdomsforekomst i en given tidsperiode kan have flere årsager. De kan skyldes:

- En aldrende befolkning
- Ringere sundhedsadfærd
- Det stigende befolkningstal i regionen
- Ændringer i registreringspraksis, retningslinjer og muligheder for behandling
- Ændringer i ordinationspraksis
- Øget opmærksomhed på en given sygdom

Tabel 3.1 Borgere med kronisk sygdom i 2013

	Blandt alle		Blandt 65+ årige	
	%	Personer	%	Personer
Uden kronisk sygdom	56	786.900	24	67.800
Diabetes	6	85.000	16	45.500
Hjertesygdom	4	59.700	15	41.500
Hjertesygdom (F)	2	23.200	5	15.000
Apopleksi	2	28.300	7	19.300
KOL	3	39.500	9	24.200
Astma	5	71.300	5	14.500
Kræft	3	45.400	10	27.200
Inflammatorisk ledsygdom	2	33.500	6	16.300
Slidgigt	17	233.000	43	110.300
Rygsygdom	12	164.500	17	43.100
Knogleskørhed	3	36.900	10	27.700
Antidepressiv medicin	5	69.100	8	21.600
Svær psykisk lidelse	3	40.300	4	10.100
Demens#	4	10.100	4	10.100
Luftvejsallergi	12	175.200	17	46.400
Hypig hovedpine/migræne	14	181.500	7	18.500
Multisygdom				
1 kronisk sygdom	25	350.000	30	85.000
2 kroniske sygdomme	12	164.900	23	64.900
3+ kroniske sygdomme	8	111.100	22	63.100
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	20	282.800	59	164.800
Forhøjet kolesterol	12	173.600	37	104.100
Moderat overvægt	30	410.900	38	100.500
Svær overvægt	11	154.600	14	37.100

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Tabel 3.2 Udvikling fra 2007 til 2013 i andel og antal af borgere med kronisk sygdom

	2007		2010		2013	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Uden kronisk sygdom			55	751.700	56	786.900
Diabetes	5	65.400	5	73.700	6	85.000
Hjertesygdom	5	60.700	4	59.200	4	59.700
Hjertesygdom (F)	2	23.300	2	22.500	2	23.200
Apopleksi	2	27.600	2	27.800	2	28.300
KOL	2	32.000	3	35.700	3	39.500
Astma	5	63.700	5	69.200	5	71.300
Kræft	3	34.400	3	40.200	3	45.400
Inflammatorisk ledsygdom	2	29.300	2	31.200	2	33.500
Slidgigt			18	233.800	17	233.000
Rygsygdom	15	153.700	13	163.700	12	164.500
Knogleskørhed	2	23.300	2	30.200	3	36.900
Antidepressiv medicin	4	52.700	5	61.900	5	69.100
Svær psykisk lidelse	3	36.300	3	37.000	3	40.300
Demens#	4	9.800	4	10.200	4	10.100
Luftvejsallergi	13	172.500	13	173.500	12	175.200
Hypig hovedpine/migræne			16	203.300	14	181.500
Multisygdom						
1 kronisk sygdom			25	340.600	25	350.000
2 kroniske sygdomme			12	158.800	12	164.900
3+ kroniske sygdomme			8	103.600	8	111.100
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	18	241.000	20	266.500	20	282.800
Forhøjet kolesterol	7	99.100	11	146.100	12	173.600
Moderat overvægt	33	346.200	30	402.700	30	410.900
Svær overvægt	12	124.000	11	152.300	11	154.600

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Resultaterne med grå baggrund er baseret på oplysninger fra de 25-79 årige. Alle øvrige resultater i tabellen er baseret på oplysninger for de 16+ årige.

Tabel 3.3 Udvikling fra 2007 til 2013 i andel og antal af borgere med flere kroniske sygdomme (multisygdom (12 sygdomme))

	2007		2010		2013	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Uden kronisk sygdom	68	907.600	68	922.300	67	945.600
1 kronisk sygdom	21	284.700	22	295.500	22	308.200
2 kroniske sygdomme	7	95.600	8	103.900	8	110.400
3+ kroniske sygdomme	3	39.300	3	43.700	3	49.000

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

Nye sygdomstilfælde (incidens)

Blandt borgere på 16 år eller derover ses flest nye sygdomstilfælde af luftvejsallergi og KOL (tabel 3.4). I alt 19.300 personer, svarende til 1,6 % af borgerne, har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012, mens 13.100, svarende til 1,0 % har fået konstateret KOL. Blandt borgere på 65 år eller derover ses flest nye sygdomstilfælde af KOL og hjertesygdom. I alt 6.700 personer, svarende til 2,7 % af borgerne på 65 år eller derover, har fået konstateret KOL i løbet af 2012, mens 5.900, svarende til 2,6 % har fået konstateret hjertesygdom. Både blandt de ældre og blandt alle borgere i regionen ses et stort antal nye tilfælde af borgere med forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol. Således har 19.500 borgere fået konstateret forhøjet blodtryk og 15.300 borgere har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012. Blandt borgere på 65 år eller derover er tallene henholdsvis 7.300 og 6.300 borgere.

Fra 2007 frem til udgangen af 2012 er andelen af borgere som har fået konstateret de forskellige kroniske sygdomme stort set uændret, mens der ses et fald for de biologiske risikofaktorer (tabel 3.5). For størstedelen af de kroniske sygdomme ses ligeledes kun mindre ændringer i antallet af borgere, som har fået konstateret kronisk sygdom inden for et givent år. Antallet af borgere, der har fået konstateret diabetes, KOL, knogleskørhed og svær psykisk lidelse er steget med 700-900 personer for hver af de tre år 2007, 2010 og 2013. Modsat ses et fald på 1.800 personer i antallet af borgere, som fik konstateret astma i løbet af 2012 sammenlignet med 2007. For de biologiske risikofaktorer ses et markant fald i andelen af borgere, som har fået konstateret forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol i hver af de tre år.

Tabel 3.4 Borgere, som har fået konstateret kronisk sygdom i løbet af 2012

	Blandt alle		Blandt 65+ årige	
	%	Personer	%	Personer
Diabetes	0,5	6.700	1,2	2.700
Hjertesygdom	0,7	9.400	2,6	5.900
Hjertesygdom (F)	0,4	5.000	1,2	3.200
Apopleksi	0,5	6.500	1,7	4.400
KOL	1,0	13.100	2,7	6.700
Astma	0,5	5.800	0,4	1.000
Kræft	0,7	9.200	2,2	5.400
Inflammatorisk ledsygdom	0,3	3.700	0,6	1.600
Knogleskørhed	0,4	5.200	1,3	3.200
Antidepressiv medicin	0,8	10.100	1,1	2.400
Svær psykisk lidelse	0,4	5.200	0,6	1.600
Demens#	1,0	2.500	1,0	2.500
Luftvejsallergi	1,6	19.300	1,9	4.400
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	1,7	19.500	6,4	7.300
Forhøjet kolesterol	1,2	15.300	3,6	6.300

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Tabel 3.5 Udvikling fra 2007 til 2012 i andel og antal af borgere som har fået konstateret kronisk sygdom

	2007		2010		2012	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Diabetes	0,5	5.800	0,5	6.800	0,5	6.700
Hjertesygdom	0,7	9.300	0,7	9.700	0,7	9.400
Hjertesygdom (F)	0,4	4.900	0,4	5.100	0,4	5.000
Apopleksi	0,5	6.500	0,5	6.400	0,5	6.500
KOL	1,0	12.400	1,0	13.700	1,0	13.100
Astma	0,6	7.600	0,4	5.400	0,5	5.800
Kræft	0,7	8.900	0,7	9.300	0,7	9.200
Inflammatorisk ledsygdom	0,3	3.700	0,3	3.700	0,3	3.700
Knogleskørhed	0,3	4.400	0,4	4.900	0,4	5.200
Antidepressiv medicin	0,8	10.000	0,8	10.500	0,8	10.100
Svær psykisk lidelse	0,3	4.300	0,4	4.900	0,4	5.200
Demens#	1,2	2.800	1,2	2.900	1,0	2.500
Luftvejsallergi	1,7	19.100	1,6	18.600	1,6	19.300
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	2,3	25.100	2,0	21.500	1,7	19.500
Forhøjet kolesterol	1,7	21.400	1,5	17.800	1,2	15.300

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

3.2 Kroniske sygdomme

I de følgende afsnit beskrives 14 udvalgte kroniske sygdomme og 4 biologiske risikofaktorer for kronisk sygdom. Herudover beskrives forekomsten af flere kroniske sygdomme – også kaldet multisygdom. For hver sygdom gives indledningsvis en kort introduktion til sygdommen, herunder hvordan borgere med den givne sygdom er identificeret. Herefter beskrives

3.2.1 Diabetes

Diabetes er en betegnelse for sygdomme, som påvirker glukosestofskiftet. Diabetes kan opdeles i type 1, som er insulinkrævende (ca. 10 % af tilfældene) og type 2, som ikke er insulinkrævende (ca. 90 % af tilfældene) [10]. Både type 1 og type 2 diabetes kan medføre alvorlige konsekvenser i blandt andet øjne, hjerte og nyrer, hvorfor forebyggelse, behandling og rehabilitering er af stor vigtighed for denne gruppe af patienter.

Borgere med diabetes er identificerede ved hjælp af Det Nationale Diabetesregister, som baserer sig på information om diagnoser i Landspatientregisteret, brug af relevant medicin, laboratoriefyndelser og fodterapeutdydelser. Registeret rummer ikke muligheden for at skelne mellem type 1 og type 2 diabetes, hvorfor der heller ikke skelnes i rapporten (se kapitel 1). Nogle borgere med type 2 diabetes modtager kun diabetesrelaterede ydelser i almen praksis, ydelser som for eksempel diætvejledning, der ikke kan relateres til diabetes alene. Derfor er der risiko for at denne rapport ikke indeholder oplysninger om disse borgere med diabetes.

I Region Hovedstaden har 6 % af borgerne diabetes, svarende til 85.000 personer. Andelen af borgere med diabetes er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.6). Der er dog sket en ændring i antallet af borgere med diabetes (tabel 3.7). I løbet af 2012 har 6.700 personer fået konstateret diabetes, svarende til 0,5 % af befolkningen.

Køn og alder: En lidt større andel af mænd har diabetes eller har fået konstateret diabetes i løbet af 2012 sammenlignet med kvinder. Andelen med diabetes stiger med stigende alder. Således har hver sjette borger over 65 år diabetes, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 35 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af diabetes. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har diabetes. Andelen af borgere med diabetes er to til tre gange større blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er andelen af borgere med diabetes dobbelt så stor blandt langtidssyge og fem gange større blandt førtidspensionister og pensionister.

forekomst (prævalens), og nye tilfælde (incidens) samt udvikling siden 2010 i regionen. Desuden beskrives den sociodemografiske variation. Incidens beskrives udelukkende for sygdomme opgjort på baggrund af registerdata. Afslutningsvis beskrives forekomst og nye tilfælde i regionens planlægningsområder.

Tilsvarende tendenser på tværs af uddannelse og erhvervstilknytning ses for borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med diabetes er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende, mens der ikke er forskel mellem enlige og samlevende i andelen, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2012.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med diabetes, eller andelen som har fået konstateret diabetes i løbet af 2012, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Antallet af borgere med diabetes er dog størst blandt borgere med dansk baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af diabetes fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret diabetes inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Diabetes i planlægningsområderne

Forekomsten af diabetes varierer fra 4,6 % i planlægningsområde Byen til 6,9 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.7). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af diabetes er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord, Midt og Byen.

Andelen af nye diabetestilfælde varierer fra 0,4 % i planlægningsområde Byen til 0,6 % i planlægningsområderne Nord og Syd (tabel 3.8). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye diabetestilfælde højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord, Midt og Byen.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med diabetes steget med 11.300 personer i regionen som helhed (tabel 3.7). Der ses stigninger i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er steget med 3.700 personer. I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret diabetes inden for det seneste år stort set uændret (tabel 3.8).

Tabel 3.6 Borgere med diabetes 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret diabetes i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	6,0	85.000	1	0,5	6.700	0
Køn						
Mand	6,5	44.600	1	0,6	3.700	0
Kvinde	5,5	40.400	1	0,4	3.000	0
Alder						
16-24 år	0,6	1.200	0	0,1	100	0
25-34 år	0,8	2.000	0	0,1	200	0
35-44 år	2,1	5.200	0	0,3	600	0
45-54 år	4,9	11.800	0	0,5	1.200	0
55-64 år	10,2	19.400	1	1,0	1.800	0
65-79 år	16,0	34.200	1	1,3	2.200	0
80+ år	16,9	11.300	3	0,9	500	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,7	1.400	0	0,1	100	0
Grundskole og gymnasial	9,0	32.200	1	0,7	2.500	0
Erhvervsfaglig	8,3	30.400	1	0,7	2.300	0
Kort og mellemlang videreg.	4,8	12.100	1	0,4	1.000	0
Lang videregående	3,1	5.100	0	0,3	400	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	3,3	26.500	0	0,3	2.600	0
Arbejdsløs	5,2	1.200	1	0,6	100	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	6,6	3.500	1	0,7	400	0
Førtidspensionist	16,2	8.900	2	1,4	600	0
Pensionist	16,6	41.900	3	1,2	2.600	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	7,8	37.600	1	0,6	2.800	0
Samlevende	6,4	46.300	0	0,6	3.800	0
Etnisk baggrund						
Danmark	6,0	70.400	1	0,5	5.300	-1
Andre vestlige lande	3,5	3.000	0	0,3	300	0
Ikke-vestlige lande	7,6	11.600	1	0,8	1.100	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.7 Borgere med diabetes i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	6,0	85.000		11.300
Planlægningsområde Nord	6,9 *	17.300	*	2.900
Planlægningsområde Midt	6,2	21.900	*	2.600
Gentofte Hospital	5,6 *	8.200	*	900
Herlev Hospital	6,7 *	13.800		1.800
Planlægningsområde Syd	6,3 *	25.700	*	3.700
Amager Hospital	5,4 *	7.600	*	1.000
Glostrup Hospital	7,6 *	8.200	*	1.500
Hvidovre Hospital	6,2 *	9.900	*	1.200
Planlægningsområde Byen	4,6 *	16.700	*	1.700
Bispebjerg Hospital	4,4 *	11.000	*	1.100
Frederiksberg Hospital	4,8 *	5.700	*	600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.8 Borgere, som har fået konstateret diabetes i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,5	6.700		-110
Planlægningsområde Nord	0,6 *	1.400	*	-60
Planlægningsområde Midt	0,5 *	1.600	*	-100
Gentofte Hospital	0,4 *	500	*	-70
Herlev Hospital	0,5	1.000		-30
Planlægningsområde Syd	0,6 *	2.200	*	80
Amager Hospital	0,5	700	*	40
Glostrup Hospital	0,7 *	700	*	0
Hvidovre Hospital	0,6	800	*	30
Planlægningsområde Byen	0,4 *	1.300	*	80
Bispebjerg Hospital	0,4 *	900		20
Frederiksberg Hospital	0,4 *	500		60

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.2 Hjertesygdom

Hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme i hjertet. Årsagerne til hjertesygdom er mange. De vigtigste er rygning, fysisk inaktivitet, forhøjet blodtryk og diabetes. I dette afsnit beskrives forekomsten af iskæmisk hjertesygdom/hjertesvigt, herefter kaldet hjertesygdom. Ved iskæmisk hjertesygdom er de pulsårer, der forsyner hjertet med blod, forsnævret. Ved hjertesvigt er hjertet ikke i stand til at pumpe blod nok rundt i kroppen [11].

Forekomsten af hjertesygdom afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med hjertesygdom identificeret via Landspatientregistret og Lægemedeldata-basen. Der anvendes to forskellige definitioner af hjertesygdom: En bred definition på baggrund af diagnosekoder og udlevering af medicin og en smallere definition med færre diagnosekoder, som svarer til definitionen i Region Hovedstadens forløbsprogram for hjerte-karsygdomme (herefter kaldet hjertesygdom (F)) [12]. Den brede definition af hjertesygdom inkluderer den smallere definition fra forløbsprogrammet (se kapitel 1).

I dette afsnit beskrives først borgere, der har hjertesygdom efter den brede definition og derefter beskrives borgere med hjertesygdom efter definitionen i forløbsprogrammet – hjertesygdom (F).

3.2.2.1 Hjertesygdom

I Region Hovedstaden har 4,2 % af borgerne hjertesygdom, svarende til 59.700 personer. Andelen af borgere med hjertesygdom er uændret siden 2010 (tabel 3.9). I løbet af 2012 har 9.400 personer fået konstateret hjertesygdom, svarende til 0,7 % af befolkningen.

Køn og alder: En lidt større andel af mænd har hjertesygdom eller har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012 sammenlignet med kvinder. Andelen med hjertesygdom stiger med stigende alder, især blandt borgere over 45 år. Således har hver ottende borger på 65-79 år og hver fjerde borger over 80 år hjertesygdom, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 44 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af hjertesygdom. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har hjertesygdom. Andelen af borgere med hjertesygdom er to til tre gange så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en videregående uddannelse. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge, er andelen af borgere med hjertesygdom, tre til fire gange større blandt førtidspensionister. Antallet af borgere med hjertesygdom er dog størst blandt pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med hjertesygdom, eller andelen, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012, er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med hjertesygdom, eller andelen, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012, er større blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændring i forekomsten af hjertesygdom fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret hjertesygdom inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Hjertesygdom i planlægningsområderne

Forekomsten af hjertesygdom varierer fra 3,5 % i planlægningsområde Byen til 5,0 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.10). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af hjertesygdom er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Andelen af nye tilfælde af hjertesygdom varierer fra 0,5 % i planlægningsområde Byen til 0,8 % i planlægningsområderne Nord og Midt (tabel 3.11). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af hjertesygdom højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Antallet af borgere med hjertesygdom, eller antallet, som har fået konstateret hjertesygdom inden for det seneste år er stort set uændret fra 2010 til 2013 i regionen som helhed (tabel 3.10 og tabel 3.11).

Tabel 3.9 Borgere med hjertesygdom 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	4,2	59.700	0	0,7	9.400	0
Køn						
Mand	4,8	32.800	0	0,8	5.100	0
Kvinde	3,7	26.900	0	0,6	4.300	0
Alder						
16-24 år	0,1	100	0	0,0	50	0
25-34 år	0,1	300	0	0,0	100	0
35-44 år	0,6	1.600	0	0,2	400	0
45-54 år	2,3	5.400	0	0,5	1.100	-1
55-64 år	5,7	10.800	0	1,0	1.800	0
65-79 år	11,8	25.100	0	2,1	3.700	0
80+ år	24,4	16.400	-2	4,4	2.200	-1
Uddannelse						
Under uddannelse	0,1	200	0	0,0	50	0
Grundskole og gymnasial	6,2	22.200	0	1,0	3.400	0
Erhvervsfaglig	5,8	21.000	1	1,0	3.300	0
Kort og mellemlang videreg.	3,4	8.500	0	0,6	1.400	0
Lang videregående	2,4	4.000	0	0,4	600	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	1,6	13.300	1	0,3	2.500	0
Arbejdsløs	2,1	500	1	0,4	100	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	3,0	1.600	0	0,5	200	-1
Førtidspensionist	8,4	4.600	0	1,2	600	0
Pensionist	15,3	38.700	-1	2,6	5.800	0
Samlevsstatus (25+ årige)						
Enlig	6,0	29.000	0	1,0	4.500	0
Samlevende	4,2	30.600	0	0,7	4.800	0
Etnisk baggrund						
Danmark	4,5	52.600	-1	0,7	8.300	0
Andre vestlige lande	2,8	2.400	0	0,5	400	-1
Ikke-vestlige lande	3,1	4.700	0	0,5	700	-1

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.10 Borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	4,2	59.700		500
Planlægningsområde Nord	5,0 *	12.600	* 0,8	500
Planlægningsområde Midt	4,5 *	15.800	* 0,8	0
Gentofte Hospital	4,6 *	6.700	* 0,8	100
Herlev Hospital	4,4 *	9.200	* 0,8	0
Planlægningsområde Syd	4,0 *	16.300	0,8 *	400
Amager Hospital	3,5 *	4.900	0,8	0
Glostrup Hospital	4,7 *	5.100	0,8 *	300
Hvidovre Hospital	3,9 *	6.300	0,8 *	0
Planlægningsområde Byen	3,5 *	12.700	0,8 *	200
Bispebjerg Hospital	3,1 *	7.700	0,8 *	300
Frederiksberg Hospital	4,2 *	4.900	0,8 *	0

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.11 Borgere, som har fået konstateret hjertesygdom i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,7	9.400		-330
Planlægningsområde Nord	0,8 *	2.000	* 1,1	130
Planlægningsområde Midt	0,8 *	2.600	* 1,1	30
Gentofte Hospital	0,8	1.000	* 1,1	-70
Herlev Hospital	0,8 *	1.500	1,1	100
Planlægningsområde Syd	0,7 *	2.600	0,8 *	-110
Amager Hospital	0,6 *	800	0,8	-30
Glostrup Hospital	0,8 *	800	0,8 *	50
Hvidovre Hospital	0,7 *	1.000	0,8 *	-130
Planlægningsområde Byen	0,5 *	1.900	0,8	-390
Bispebjerg Hospital	0,5 *	1.200	0,8	-140
Frederiksberg Hospital	0,6 *	700	0,8	-250

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.2.2 Hjertesygdom (F)

Region Hovedstaden implementerede i 2011 forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme. Forløbsprogrammet skal kun tilbydes patienter, som indgår i Sundhedsstyrelsens hjertepakkeforløb [12]. Som beskrevet i indledningen om hjertesygdomme identificeres disse patienter ud fra smallere kriterier end i det foregående afsnit om hjertesygdomme (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 1,6 % af borgerne svarende til 23.200 personer hjertesygdom (F). Andelen af borgere med hjertesygdom (F) er uændret siden 2010 (tabel 3.12). I løbet af 2012 har 5.000 personer fået konstateret hjertesygdom (F), svarende til 0,4 % af befolkningen.

Køn og alder: Sammenlignet med kvinder har en lidt større andel af mænd hjertesygdom (F) eller har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012. Hjertesygdom (F) forekommer næsten ikke frem til 45-års alderen, hvorefter andelen stiger med stigende alder. Således har én ud af 20 borgere på 65-79 år og én ud af 12 borgere over 80 år hjertesygdom (F), mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 45 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af hjertesygdom (F). Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel har hjertesygdom (F). Andelen af borgere med hjertesygdom (F) er dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge, er andelen af borgere med hjertesygdom (F) tre til fire gange større blandt førtidspensionister. Antallet af borgere med hjertesygdom (F) er dog størst blandt pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med hjertesygdom (F), eller andelen, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012, er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med hjertesygdom (F), eller andelen, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012, er størst blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er ingen ændring i forekomsten af hjertesygdom (F) fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret hjertesygdom (F) inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Hjertesygdom (F) i planlægningsområderne

Forekomsten af hjertesygdom (F) varierer fra 1,4 % i planlægningsområde Byen til 1,8 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.13). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af hjertesygdom (F) er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Der er stort set ingen forskel i andelen af nye tilfælde af hjertesygdom (F) i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.14). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af hjertesygdom (F) højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med hjertesygdom (F) eller antallet, som har fået konstateret hjertesygdom (F) inden for det seneste år ikke ændret væsentligt i regionen som helhed (tabel 3.13 og tabel 3.14).

Tabel 3.12 Borgere med hjertesygdom (F) 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,6	23.200	0	0,4	5.000	0
Køn						
Mand	2,1	14.700	0	0,5	3.000	0
Kvinde	1,2	8.500	0	0,3	2.000	0
Alder						
16-24 år	0,0	50	0	0,0	50	0
25-34 år	0,0	100	0	0,0	50	0
35-44 år	0,3	700	0	0,1	200	0
45-54 år	1,1	2.600	0	0,3	600	0
55-64 år	2,5	4.700	0	0,5	1.000	0
65-79 år	4,6	9.800	0	1,0	2.000	0
80+ år	7,8	5.200	0	1,9	1.200	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,1	100	0	0,0	50	0
Grundskole og gymnasial	2,4	8.600	0	0,5	1.900	0
Erhvervsfaglig	2,3	8.500	0	0,5	1.800	0
Kort og mellemlang videreg.	1,3	3.200	0	0,3	700	0
Lang videregående	0,9	1.600	0	0,2	300	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	0,7	5.900	0	0,2	1.300	0
Arbejdsløs	1,0	200	0	0,3	100	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	1,4	800	0	0,3	100	0
Førtidspensionist	3,5	1.900	0	0,6	300	0
Pensionist	5,5	14.000	0	1,2	3.100	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	2,2	10.800	0	0,5	2.400	0
Samlevende	1,7	12.400	0	0,4	2.600	0
Etnisk baggrund						
Danmark	1,7	20.400	0	0,4	4.400	0
Andre vestlige lande	1,0	900	0	0,2	200	0
Ikke-vestlige lande	1,3	2.000	0	0,3	400	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.13 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,6	23.200		700
Planlægningsområde Nord	1,7	4.300	*	100
Planlægningsområde Midt	1,8	6.300	*	500
Gentofte Hospital	1,8	2.700	*	300
Herlev Hospital	1,7	3.600	*	200
Planlægningsområde Syd	1,6	6.500	*	200
Amager Hospital	1,6	2.200	*	200
Glostrup Hospital	1,7	1.800		100
Hvidovre Hospital	1,6	2.600	*	100
Planlægningsområde Byen	1,4	5.200	*	-200
Bispebjerg Hospital	1,4	3.400	*	0
Frederiksberg Hospital	1,5	1.800	*	-200

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.14 Borgere, som har fået konstateret hjertesygdom (F) i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,4	5.000		-110
Planlægningsområde Nord	0,4	900	*	0
Planlægningsområde Midt	0,4	1.400		20
Gentofte Hospital	0,4	600	*	-70
Herlev Hospital	0,4	900	*	90
Planlægningsområde Syd	0,4	1.400	*	-60
Amager Hospital	0,4	500	*	30
Glostrup Hospital	0,3	400		0
Hvidovre Hospital	0,3	500	*	-90
Planlægningsområde Byen	0,3	1.000		-80
Bispebjerg Hospital	0,3	700	*	-60
Frederiksberg Hospital	0,3	300	*	-30

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.3 Apopleksi

Apopleksi eller slagtilfælde er en fælles betegnelse for blodprop i hjernen og blødning i hjernevævet, da symptomerne er stort set ens [13]. Ca. 85 % af tilfældene skyldes blodprop i hjernen, mens de resterende 15 % skyldes hjerneblødning [14]. Apopleksi kan have alvorlige følger i form af lammelser, talebesvær og hukommelsessvigt.

Forekomsten af apopleksi afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med apopleksi identificeret via Landspatientregistret. Algoritmen inkluderer de samme diagnosekoder som Sundhedsstyrelsen har anvendt i forbindelse med arbejdet omkring forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, apopleksi og TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi). Det betyder, at denne definition ikke alene indeholder borgere, der har haft en apopleksi, men også inkludere borgere, der har haft et mindre slagtilfælde og TCI. Disse er inkluderet, da de nævnte grupper af patienter vil være i livslang behandling med blodfortyndende medicin og medicin mod forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol (se kapitel 1) [14].

I Region Hovedstaden har 2 % af borgerne apopleksi, svarende til 28.300 personer. Andelen af borgere med apopleksi er uændret siden 2010 (tabel 3.15). I løbet af 2012 har 6.500 personer fået konstateret apopleksi, svarende til 0,5 % af befolkningen.

Køn og alder: Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder i andelen, som har apopleksi eller i andelen, som har fået konstateret apopleksi indenfor det seneste år. Apopleksi forekommer stort set ikke før 45 års alderen, hvorefter andelen med apopleksi stiger med stigende alder. Således har én ud af tyve borgere på 65-79 år og én ud af ti borgere over 80 år apopleksi, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 45 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af apopleksi. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har apopleksi. Andelen af borgere med apopleksi er dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge, er andelen af borgere med apopleksi tre til seks

gange større blandt førtidspensionister. Antallet af borgere med apopleksi er dog størst blandt pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med apopleksi, eller andelen, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2012, er næsten dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med apopleksi er dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2012.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændringer i forekomsten af apopleksi fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret apopleksi indenfor det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Apopleksi i planlægningsområderne

Forekomsten af apopleksi varierer fra 1,7 % i planlægningsområde Byen til 2,2 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.16). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af apopleksi er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Der er stort set ingen forskel i andelen af nye tilfælde af apopleksi i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.17). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af apopleksi højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med apopleksi og antallet af borgere, som har fået konstateret apopleksi indenfor det seneste år ikke ændret væsentligt i regionen som helhed (tabel 3.16 og tabel 3.17)

Tabel 3.15 Borgere med apopleksi 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret apopleksi i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,0	28.300	0	0,5	6.500	0
Køn						
Mand	2,1	14.300	0	0,5	3.200	0
Kvinde	1,9	14.000	0	0,5	3.300	0
Alder						
16-24 år	0,1	200	0	0,0	50	0
25-34 år	0,1	400	0	0,0	100	0
35-44 år	0,4	1.000	0	0,1	200	0
45-54 år	1,1	2.700	0	0,3	600	0
55-64 år	2,5	4.800	0	0,6	1.100	0
65-79 år	5,4	11.600	-1	1,3	2.600	0
80+ år	11,5	7.700	1	3,1	1.800	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,1	200	0	0,0	50	0
Grundskole og gymnasial	2,9	10.200	0	0,7	2.400	0
Erhvervsfaglig	2,7	10.000	0	0,6	2.200	0
Kort og mellemlang videreg.	1,7	4.200	0	0,4	900	0
Lang videregående	1,2	2.000	0	0,3	500	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	0,8	6.100	0	0,2	1.500	0
Arbejdsløs	0,8	200	0	0,3	100	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	1,5	800	1	0,3	200	0
Førtidspensionist	4,7	2.600	0	0,8	400	0
Pensionist	7,2	18.100	0	1,7	4.300	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	3,1	14.900	0	0,7	3.400	0
Samlevende	1,8	13.300	0	0,4	3.100	0
Etnisk baggrund						
Danmark	2,2	26.000	0	0,5	6.000	0
Andre vestlige lande	1,2	1.000	0	0,3	200	0
Ikke-vestlige lande	0,9	1.300	0	0,2	300	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.16 Borgere med apopleksi i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,0	28.300		500
Planlægningsområde Nord	2,1	5.300	*	300
Planlægningsområde Midt	2,2	7.800	*	100
Gentofte Hospital	2,2	3.200	*	100
Herlev Hospital	2,2	4.600		0
Planlægningsområde Syd	2,0	8.100	*	300
Amager Hospital	1,8	2.600	*	100
Glostrup Hospital	2,4	2.600	*	300
Hvidovre Hospital	1,9	3.000	*	0
Planlægningsområde Byen	1,7	6.200	*	-200
Bispebjerg Hospital	1,6	3.900	*	-100
Frederiksberg Hospital	2,0	2.300	*	-100

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.17 Borgere, som har fået konstateret apopleksi i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,5	6.500		110
Planlægningsområde Nord	0,5	1.300	*	130
Planlægningsområde Midt	0,5	1.800	*	30
Gentofte Hospital	0,5	800	*	-20
Herlev Hospital	0,5	1.100		50
Planlægningsområde Syd	0,5	1.900	*	20
Amager Hospital	0,4	600	*	-20
Glostrup Hospital	0,6	600	*	40
Hvidovre Hospital	0,4	700	*	10
Planlægningsområde Byen	0,4	1.300		-100
Bispebjerg Hospital	0,3	800		-70
Frederiksberg Hospital	0,4	500		-40

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.4 KOL

KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) er en kronisk uhelbredelig sygdom i luftvejene og lungerne, hvor lungevævet langsomt nedbrydes [13]. Som sygdommen skrider frem nedsættes lungefunktionen, hvilket medfører tiltagende vejrtrækningsproblemer [15]. KOL skyldes i langt de fleste tilfælde tobaksrygning. En del borgere med KOL har samtidigt astma. Det er vigtigt for behandlingen, at man ved, om borgerne har astma, KOL eller begge dele [13].

Forekomsten af KOL afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med KOL identificeret via Landspatientregistret, Lægemedeldatabasen og Sygeskrivningsregistret. Der tages udgangspunkt i en modificeret udgave af en algoritme til identifikation af KOL, udviklet og valideret af Aarhus Universitet [16]. Misklassifikation er ofte et problem ved opgørelser af KOL. En del af borgerne identificeres udelukkende på baggrund af medicin, men en stor del af den medicin, som anvendes i behandlingen af KOL anvendes også i behandlingen af astma. Derfor vil nogle af disse borgere ikke have KOL, men astma. Vores algoritme benytter oplysninger om indikationskoder for behandlingen med disse lægemidler, hvilket gør det muligt i højere grad at skelne mellem om behandlingen er givet mod KOL eller mod astma. På denne måde mindskes misklassifikationen (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 2,8 % af borgerne KOL, svarende til 39.500 personer. Andelen af borgere med KOL er uændret siden 2010 (tabel 3.18). I løbet af 2012 har 13.100 personer fået konstateret KOL, svarende til 1,0 % af befolkningen.

Køn og alder: En større andel af kvinder har KOL sammenlignet med mænd, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret KOL i løbet af 2012. Andelen med KOL stiger med stigende alder. Således har næsten hver tiende borger over 65 år KOL, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 45 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af KOL. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har KOL. Andelen af borgere med KOL er tre til fire gange større blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er andelen af borgere med KOL ni gange større blandt førtidspensionister

og pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere der har KOL, eller som har fået konstateret KOL i løbet af 2012, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med KOL er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2012.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af KOL fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret KOL inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

KOL i planlægningsområderne

Forekomsten af KOL varierer fra 2,3 % i planlægningsområde Byen til 3,3 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.19). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af KOL er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Andelen af nye tilfælde af KOL varierer fra 0,8 % i planlægningsområde Byen til 1,2 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.20). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at andelen af nye tilfælde af KOL er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Nord og Syd og lavere i planlægningsområde Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med KOL steget med 3.800 personer i regionen som helhed (tabel 3.19). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Nord, hvor forekomsten er steget med 1.300 personer. I samme periode ses et lille fald på 610 personer i antallet af borgere, som har fået konstateret KOL inden for det seneste år i regionen som helhed (tabel 3.20).

Tabel 3.18 Borgere med KOL 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret KOL i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,8	39.500	0	1,0	13.100	0
Køn						
Mand	2,5	17.300	1	0,9	6.000	0
Kvinde	3,1	22.200	0	1,0	7.100	0
Alder						
16-24 år	0,0	0	0	0,0	0	0
25-34 år	0,0	0	0	0,1	200	0
35-44 år	0,8	2.000	0	0,5	1.200	-1
45-54 år	1,9	4.500	0	0,9	2.000	0
55-64 år	4,4	8.300	0	1,5	2.800	0
65-79 år	7,9	16.800	0	2,5	4.700	-1
80+ år	10,9	7.300	2	3,2	1.900	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,2	300	0	0,1	200	0
Grundskole og gymnasial	4,5	16.100	1	1,4	4.700	0
Erhvervsfaglig	3,9	14.100	1	1,3	4.600	0
Kort og mellemlang videreg.	2,1	5.300	0	0,8	2.000	0
Lang videregående	1,2	2.100	0	0,6	900	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	1,1	9.300	0	0,5	4.200	0
Arbejdsløs	1,6	400	1	0,6	200	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,8	1.500	1	1,0	500	0
Førtidspensionist	8,5	4.600	1	2,4	1.200	-1
Pensionist	9,0	22.900	1	2,7	6.600	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	4,3	20.800	0	1,4	6.400	0
Samlevende	2,5	18.400	1	0,9	6.600	0
Etnisk baggrund						
Danmark	3,1	36.100	0	1,0	11.800	0
Andre vestlige lande	1,7	1.400	0	0,6	500	0
Ikke-vestlige lande	1,3	2.000	0	0,5	800	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.19 Borgere med KOL i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,8	39.500		3.800
Planlægningsområde Nord	3,3 *	8.400	*	1.300
Planlægningsområde Midt	2,8 *	9.900	*	600
Gentofte Hospital	2,3 *	3.400	*	200
Herlev Hospital	3,2 *	6.500		300
Planlægningsområde Syd	2,9 *	11.700	*	1.000
Amager Hospital	2,6 *	3.700	*	500
Glostrup Hospital	3,4 *	3.700	*	400
Hvidovre Hospital	2,7 *	4.300	*	100
Planlægningsområde Byen	2,3 *	8.300	*	700
Bispebjerg Hospital	2,1 *	5.300	*	400
Frederiksberg Hospital	2,6 *	3.000		300

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.20 Borgere, som har fået konstateret KOL i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,0	13.100		-610
Planlægningsområde Nord	1,2 *	3.000	*	-150
Planlægningsområde Midt	1,0	3.300	*	-190
Gentofte Hospital	0,9 *	1.200	*	-60
Herlev Hospital	1,1 *	2.100		-130
Planlægningsområde Syd	0,9 *	3.600	*	-210
Amager Hospital	0,9 *	1.300	*	-40
Glostrup Hospital	1,1 *	1.100	*	-80
Hvidovre Hospital	0,8 *	1.300		-90
Planlægningsområde Byen	0,8 *	2.800		-60
Bispebjerg Hospital	0,7 *	1.800		-20
Frederiksberg Hospital	0,9 *	1.000		-40

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.5 Astma

Astma er en kronisk tilstand i luftvejene, som hverken skyldes bakterier eller virus [17]. Symptomerne ved astma omfatter åndenød, hoste og hvæsende vejrtrækning [13]. Symptomerne kommer ofte i anfald og mindskes ved medicinsk behandling.

Forekomsten af astma afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med astma identificeret via Landspatientregistret og Lægemedeldatabasen. Ved opgørelser af astma identificeres nogle af borgerne udelukkende på baggrund af medicin. Nogle af disse borgere vil ikke have astma, men KOL. Det skyldes, at en stor del af den medicin, som anvendes i behandlingen af astma også anvendes i behandlingen af KOL. Ved brug af indikationskoder for behandlingen med disse midler, er det i højere grad muligt at skelne mellem om behandlingen er givet mod KOL eller astma og på den måde mindskes misklassifikationen (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 5,0 % af borgerne astma, svarende til 71.300 personer. Andelen af borgere med astma er uændret siden 2010 (tabel 3.21). I løbet af 2012 har 5.800 personer fået konstateret astma, svarende til 0,5 % af befolkningen.

Køn og alder: En større andel af kvinder har astma sammenlignet med mænd, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret astma i løbet af 2012. Der er stort set ingen aldersforskelle i andelen af borgere med astma eller i andelen, som har fået konstateret astma i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses ingen tydelig social gradient i forekomsten af astma. Andelen af borgere med astma er dog mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse og arbejdsløse er andelen af borgere med astma, større blandt langtidssyge og førtidspensionister. Antallet af borgere med astma er dog størst blandt borgere i beskæftigelse. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2012.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere med astma, eller i andelen, som har fået konstateret astma i løbet af 2012, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med astma er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2012.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af astma fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret astma inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Astma i planlægningsområderne

Forekomsten af astma varierer fra 4,8 % i planlægningsområde Byen til 5,4 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.22). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af astma er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Nord og lavere i planlægningsområde Byen. Planlægningsområderne Midt og Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Der er stort set ingen forskel i andelen af nye tilfælde af astma i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.23). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er der ingen af disse, som afviger fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med astma ikke ændret væsentligt i forhold til det totale antal borgere med astma i regionen som helhed (tabel 3.22). I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret astma inden for det seneste år, stort set uændret (tabel 3.23).

Tabel 3.21 Borgere med astma 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret astma i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	5,0	71.300	0	0,5	5.800	0
Køn						
Mand	4,3	29.600	0	0,4	2.300	0
Kvinde	5,7	41.700	0	0,5	3.600	0
Alder						
16-24 år	5,0	10.200	0	0,5	900	0
25-34 år	4,0	10.000	0	0,5	1.100	0
35-44 år	5,0	12.600	0	0,5	1.100	0
45-54 år	5,5	13.200	-1	0,4	900	0
55-64 år	5,6	10.700	1	0,4	800	0
65-79 år	5,3	11.400	-1	0,4	800	0
80+ år	4,6	3.100	0	0,4	200	0
Uddannelse						
Under uddannelse	5,0	9.800	0	0,5	900	1
Grundskole og gymnasial	5,5	19.600	0	0,5	1.500	0
Erhvervsfaglig	5,0	18.400	0	0,4	1.400	0
Kort og mellemlang videreg.	5,4	13.600	0	0,5	1.100	0
Lang videregående	4,8	8.000	0	0,4	600	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	4,8	39.100	0	0,4	3.300	0
Arbejdsløs	4,9	1.200	0	0,5	100	1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	6,9	3.700	0	0,7	300	0
Førtidspensionist	8,2	4.500	-1	0,7	300	0
Pensionist	5,2	13.100	0	0,4	900	0
Samlevsstatus (25+ årige)						
Enlig	5,0	24.100	0	0,5	1.900	0
Samlevende	5,1	36.900	0	0,4	2.900	0
Etnisk baggrund						
Danmark	5,3	62.100	0	0,5	4.800	0
Andre vestlige lande	3,1	2.600	0	0,4	300	0
Ikke-vestlige lande	4,3	6.600	0	0,5	700	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.22 Borgere med astma i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	5,0	71.300		2.100
Planlægningsområde Nord	5,4 *	13.600	*	300
Planlægningsområde Midt	5,1	18.000		900
Gentofte Hospital	5,1	7.400		600
Herlev Hospital	5,2	10.700		500
Planlægningsområde Syd	5,0 *	20.400		400
Amager Hospital	4,7 *	6.500	*	100
Glostrup Hospital	5,3 *	5.700	*	100
Hvidovre Hospital	5,1	8.200	*	300
Planlægningsområde Byen	4,8 *	17.400	*	300
Bispebjerg Hospital	4,7 *	11.700	*	200
Frederiksberg Hospital	4,8 *	5.700	*	100

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.23 Borgere, som har fået konstateret astma i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,5	5.800		370
Planlægningsområde Nord	0,4	1.000		80
Planlægningsområde Midt	0,5	1.500		90
Gentofte Hospital	0,5	600		30
Herlev Hospital	0,5	900		50
Planlægningsområde Syd	0,5	1.700		180
Amager Hospital	0,4	500	*	90
Glostrup Hospital	0,5 *	500	*	50
Hvidovre Hospital	0,5 *	700	*	30
Planlægningsområde Byen	0,4	1.500		40
Bispebjerg Hospital	0,4	1.000		20
Frederiksberg Hospital	0,4	500		20

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.6 Kræft

Kræft er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme, som alle er kendetegnet ved uhæmmet cellevekst. Der er sjældent én enkelt årsag til kræft, men nogle af de dokumenterede forebyggelige årsager er rygning, alkohol, manglende fysisk aktivitet og UV-stråling fra solen [18]. I Danmark dør der årligt 15-16.000 borgere på grund af kræft, og dødeligheden har været næsten konstant de seneste 20 år [19]. Der er implementeret nationale pakkeforløb, som dækker udredning, diagnose, behandling og efterbehandling.

Forekomsten af kræft afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med kræft identificeret via Landspatientregistret og er i overensstemmelse med en algoritme, der er udviklet og valideret af Aarhus Universitet (se kapitel 1) [20]. Der skelnes ikke mellem forskellige typer af kræft i beskrivelsen af samlede og nye tilfælde af kræft.

I Region Hovedstaden har 3,2 % af borgerne kræft, svarende til 45.400 personer. Andelen af borgere med kræft er uændret siden 2010 (tabel 3.24). I løbet af 2012 har 9.200 personer fået konstateret kræft, svarende til 0,7 % af befolkningen.

Køn og alder: En større andel af kvinder har kræft sammenlignet med mænd, mens der ikke er nogen kønsforskel i andelen, der har fået konstateret kræft i løbet af 2012. Andelen med kræft stiger med stigende alder. Således har hver tiende borger over 65 år kræft, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 35 år. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses ingen tydelig social gradient i forekomsten af kræft. Andelen af borgere med kræft er dog mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge, er andelen af borgere med kræft, to til fem gange større blandt førtidspensionister og pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel i andelen med kræft, eller i andelen, som har fået konstateret kræft i løbet af 2012, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med kræft er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. En tilsvarende tendens ses for andelen af borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2012.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af kræft fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret kræft inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Kræft i planlægningsområderne

Forekomsten af kræft varierer fra 2,6 % i planlægningsområde Byen til 4,0 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.25). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af kræft er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Nord og Byen. Planlægningsområderne Midt og Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Andelen af nye tilfælde af kræft varierer fra 0,5 % i planlægningsområde Byen til 0,9 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.26). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er der ingen af disse, som afviger fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med kræft steget med 5.200 personer i regionen som helhed (tabel 3.25). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Nord, hvor forekomsten er steget med 1.700 personer. I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret kræft inden for det seneste år, stort set uændret (tabel 3.26)

Tabel 3.24 Borgere med kræft 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret kræft i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	3,2	45.400	0	0,7	9.200	0
Køn						
Mand	2,9	19.900	0	0,7	4.500	0
Kvinde	3,5	25.500	0	0,7	4.700	0
Alder						
16-24 år	0,2	400	0	0,0	100	0
25-34 år	0,5	1.200	0	0,1	200	0
35-44 år	1,0	2.500	0	0,2	500	0
45-54 år	2,2	5.200	0	0,5	1.100	0
55-64 år	4,7	9.000	0	1,1	2.000	0
65-79 år	9,4	20.200	0	2,1	3.900	0
80+ år	10,5	7.100	2	2,5	1.500	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,3	700	0	0,1	100	0
Grundskole og gymnasial	3,8	13.500	1	0,9	3.100	0
Erhvervsfaglig	4,4	16.000	0	0,9	3.200	0
Kort og mellemlang videreg.	3,6	9.100	1	0,7	1.700	0
Lang videregående	2,8	4.700	0	0,5	800	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	1,9	15.600	0	0,4	3.000	0
Arbejdsløs	1,3	300	0	0,4	100	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	1,9	1.000	0	0,3	200	0
Førtidspensionist	4,7	2.600	0	1,0	600	0
Pensionist	9,8	24.700	1	2,2	5.200	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	3,8	18.500	0	0,9	3.900	0
Samlevende	3,6	26.500	1	0,7	5.200	0
Etnisk baggrund						
Danmark	3,6	41.800	1	0,8	8.500	0
Andre vestlige lande	2,2	1.800	0	0,5	400	0
Ikke-vestlige lande	1,2	1.800	0	0,2	300	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.25 Borgere med kræft i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	3,2	45.400		5.200
Planlægningsområde Nord	4,0 *	10.100	1,1 *	1.700
Planlægningsområde Midt	3,7 *	12.900	1,0	1.200
Gentofte Hospital	3,9 *	5.600	1,0	600
Herlev Hospital	3,5 *	7.300	1,0	600
Planlægningsområde Syd	2,8 *	11.600	1,0	1.300
Amager Hospital	2,8 *	3.900	1,0	500
Glostrup Hospital	3,2 *	3.400	1,1 *	300
Hvidovre Hospital	2,7 *	4.300	1,0	500
Planlægningsområde Byen	2,6 *	9.600	1,0 *	1.000
Bispebjerg Hospital	2,4 *	6.000	1,0 *	700
Frederiksberg Hospital	3,1 *	3.600	1,1 *	300

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.26 Borgere, som har fået konstateret kræft i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,7	9.200		-20
Planlægningsområde Nord	0,9 *	2.100	1,0	60
Planlægningsområde Midt	0,8 *	2.600	1,0	-60
Gentofte Hospital	0,8 *	1.100	1,0	-130
Herlev Hospital	0,8 *	1.500	1,0	70
Planlægningsområde Syd	0,6 *	2.400	1,0	20
Amager Hospital	0,6 *	800	1,0	-40
Glostrup Hospital	0,7	700	1,0	20
Hvidovre Hospital	0,6 *	900	1,0	50
Planlægningsområde Byen	0,5 *	1.900	1,0	-80
Bispebjerg Hospital	0,5 *	1.200	1,0	-10
Frederiksberg Hospital	0,6 *	700	1,1	-80

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.7 Inflammatorisk ledsygdom

Inflammatorisk ledsygdom er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der giver betændelsesreaktioner i kroppens led, eksempelvis leddegigt, psoriasisgigt og urinsyreigt.

For at give et billede af, hvor mange borgere der kan være påvirket af en ledsygdom i deres hverdag, beskrives alle inflammatoriske ledsygdomme under et. Det skyldes, at borgere med mildere former som eksempelvis psoriasisgigt eller urinsyreigt kan være lige så påvirkede i deres dagligdag som borgere med leddegigt.

Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med inflammatorisk ledsygdom identificeret via Landspatientregistret og Lægemedeldatabasen. I identifikationen er der anvendt oplysninger om udlevering af medicin, som anvendes specifikt mod de forskellige ledsygdomme (se kapitel 1). Der vil være flere borgere med ledsygdomme som ikke identificeres, fordi de behandles med medicin, der ikke er specifikt rettet mod ledsygdomme, et eksempel er NSAID præparater (non-steroid antiinflammatoriske midler, som eksempelvis Brufen).

I Region Hovedstaden har 2,4 % af borgerne inflammatorisk ledsygdom, svarende til 33.500 personer. Andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom er uændret siden 2010 (tabel 3.27). I løbet af 2012 har 3.700 personer fået konstateret inflammatorisk ledsygdom, svarende til 0,3 % af befolkningen.

Ser man udelukkende på forekomsten af leddegigt, har 0,9 % af borgerne i Region Hovedstaden leddegigt, svarende til 13.000 personer (resultater ikke vist).

Køn og alder: En større andel af mænd har inflammatorisk ledsygdom, eller har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012, sammenlignet med kvinder. Inflammatorisk ledsygdom forekommer stort set ikke før 35-års alderen, hvorefter andelen stiger med stigende alder. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom. Andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom er dobbelt så stor blandt borgere med en grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge, er andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom to til tre gange større blandt førtidspensionister og pensionister. Tilsvarende tendenser for uddannelse og

erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel i andelen med inflammatorisk ledsygdom, eller i andelen, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom, eller andelen, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012, er dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med en ikke-vestlig eller anden vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Inflammatorisk ledsygdom i planlægningsområderne
Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom varierer fra 2,0 % i planlægningsområde Byen til 2,6 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.28). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområde Nord. Planlægningsområderne Midt og Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Der er stort set ingen forskel i andelen af nye tilfælde af inflammatorisk ledsygdom i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.29). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af inflammatorisk ledsygdom højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområde Nord. Planlægningsområderne Midt og Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med inflammatorisk ledsygdom steget med 2.300 personer i regionen som helhed (tabel 3.28). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er steget med 800 personer. I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom inden for det seneste år stort set uændret (tabel 3.29).

Tabel 3.27 Borgere med inflammatorisk ledsygdom 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,4	33.500	0	0,3	3.700	0
Køn						
Mand	2,7	18.100	0	0,3	2.100	0
Kvinde	2,1	15.300	0	0,2	1.700	0
Alder						
16-24 år	0,4	900	0	0,1	200	0
25-34 år	0,7	1.600	0	0,1	300	0
35-44 år	1,1	2.700	0	0,2	400	0
45-54 år	2,1	4.900	0	0,3	600	0
55-64 år	3,7	7.000	0	0,4	700	0
65-79 år	5,6	11.900	1	0,6	1.100	0
80+ år	6,6	4.400	1	0,7	500	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,5	1.100	0	0,1	200	0
Grundskole og gymnasial	3,0	10.700	0	0,3	1.200	0
Erhvervsfaglig	3,4	12.400	0	0,4	1.300	0
Kort og mellemlang videreg.	2,2	5.500	0	0,2	600	0
Lang videregående	1,6	2.700	0	0,2	300	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	1,6	12.500	1	0,2	1.600	0
Arbejdsløs	1,5	400	0	0,2	50	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,4	1.300	0	0,3	200	0
Førtidspensionist	5,5	3.000	0	0,4	200	0
Pensionist	5,9	14.900	1	0,6	1.500	0
Samlevsstatus (25+ årige)						
Enlig	2,8	13.600	0	0,3	1.500	0
Samlevende	2,6	19.000	1	0,3	2.100	0
Etnisk baggrund						
Danmark	2,6	30.300	1	0,3	3.300	0
Andre vestlige lande	1,4	1.200	0	0,2	200	0
Ikke-vestlige lande	1,3	2.000	0	0,2	300	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.28 Borgere med inflammatorisk ledsygdom i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,4	33.500		2.300
Planlægningsområde Nord	2,4	6.100	*	500
Planlægningsområde Midt	2,6	9.200		700
Gentofte Hospital	2,5	3.600	*	300
Herlev Hospital	2,7	5.600	*	400
Planlægningsområde Syd	2,4	9.600	*	800
Amager Hospital	2,1	2.900		300
Glostrup Hospital	2,7	2.900	*	200
Hvidovre Hospital	2,4	3.800	*	300
Planlægningsområde Byen	2,0	7.200		200
Bispebjerg Hospital	1,8	4.600		100
Frederiksberg Hospital	2,2	2.600		100

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.29 Borgere, som har fået konstateret inflammatorisk ledsygdom i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,3	3.700		10
Planlægningsområde Nord	0,3	700	*	50
Planlægningsområde Midt	0,3	1.000		-30
Gentofte Hospital	0,3	400		-10
Herlev Hospital	0,3	600		-20
Planlægningsområde Syd	0,3	1.100	*	60
Amager Hospital	0,3	400		50
Glostrup Hospital	0,3	300	*	30
Hvidovre Hospital	0,3	400		-20
Planlægningsområde Byen	0,2	800		-90
Bispebjerg Hospital	0,2	500		-70
Frederiksberg Hospital	0,3	300		-20

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.8 Slidgigt

Slidgigt er en kronisk ledsygdom, hvor brusken i leddet gradvist nedbrydes [21]. Slidgigt skyldes en uhensigtsmæssig balance mellem belastning af kroppens led og leddenes evne til at modstå belastninger. Slidgigt kan ramme alle led, men ses hyppigst i knæ, hofter, fingerled, storetåen og rygsøjlen [13].

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. I denne rapport er borgere med slidgigt derfor identificeret via spørgeskemadata. (se kapitel 1). Da vi ikke har spørgeskemaoplysninger i forhold til hvornår sygdommen er opstået, er det kun muligt at opgøre tal for prævalens.

I Region Hovedstaden har 17 % af borgerne slidgigt svarende til 233.000 personer. Andelen af borgere med slidgigt er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.30).

Køn og alder: En større andel af kvinder har slidgigt sammenlignet med mænd. Således har hver femte kvinde slidgigt, mens det gælder hver syvende mand. Andelen med slidgigt stiger med stigende alder, især blandt borgere over 44 år. Således har fire ud af ti borgere på 65-79 år og halvdelen af borgere på 80 år eller derover slidgigt, mens det forekommer hos mindre end én ud af 20 blandt borgere under 35 år.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af slidgigt. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har slidgigt. Andelen af borgere med slidgigt er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse, er andelen af borgere med slidgigt, dobbelt så stor blandt langtidssyge og hele fire gange større blandt førtidspensionister og pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med slidgigt er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med slidgigt er størst blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af slidgigt fra 2010 til 2013 i de forskellige sociodemografiske grupper.

Slidgigt i planlægningsområderne

Forekomsten af slidgigt varierer fra 14 % i planlægningsområde Byen til 21 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.31). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af slidgigt er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområde Midt. Planlægningsområderne Nord og Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

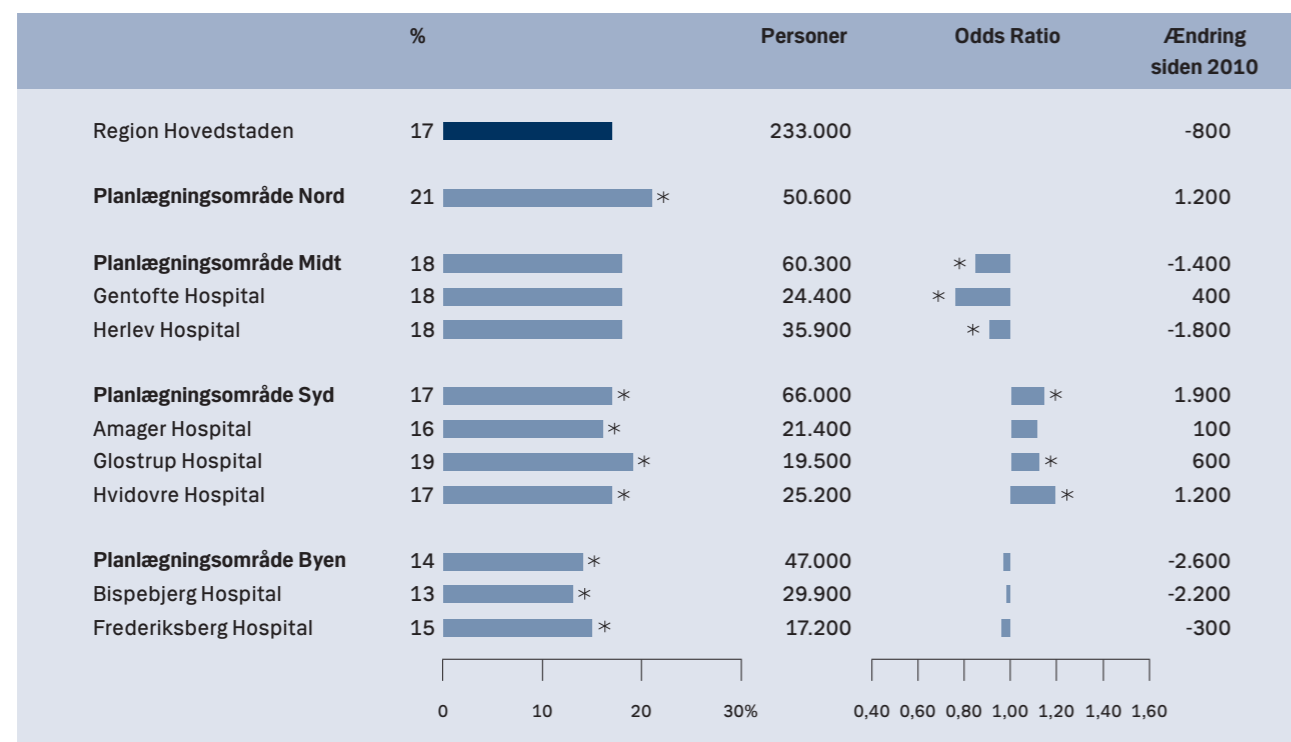
Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med slidgigt ikke ændret væsentligt i regionen som helhed, i forhold til det totale antal borgere med slidgigt (tabel 3.31). Dette tal dækker dog over mindre stigninger i antallet i planlægningsområderne Nord og Syd og fald i planlægningsområderne Midt og Byen. Den eneste signifikante ændring ses i planlægningsområde Byen, hvor forekomsten er faldet med 2.600 personer.

Tabel 3.30 Borgere med slidgigt 1. januar 2013

	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	17	233.000	-1
Køn			
Mand	14	90.800	0
Kvinde	21	142.200	-1
Alder			
16-24 år	1	1.700	0
25-34 år	2	5.500	0
35-44 år	7	16.000	0
45-54 år	18	41.400	0
55-64 år	32	58.200	-2
65-79 år	41	79.900	-2
80+ år	54	30.400	0
Uddannelse			
Under uddannelse	2	4.100	1
Grundskole og gymnasial	26	74.000	1
Erhvervsfaglig	24	81.000	0
Kort og mellemlang videreg.	18	48.000	1
Lang videregående	10	17.400	1
Erhvervstilknytning			
I beskæftigelse	11	88.500	1
Arbejdsløs	15	2.900	3
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	24	9.700	-1
Førtidspensionist	44	17.100	-1
Pensionist	45	108.000	-1
Samlivsstatus (25+ årige)			
Enlig	25	111.100	0
Samlevende	17	120.100	-1
Etnisk baggrund			
Danmark	18	202.800	0
Andre vestlige lande	15	14.900	-3
Ikke-vestlige lande	13	15.200	0

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Tabel 3.31 Borgere med slidgigt i planlægningsområderne 1. januar 2013



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra spørgeskema

3.2.9 Rygsygdom

Rygsygdom omfatter diagnoser som diskusprolaps, hold i ryggen, skæv ryg og andre typer af rygsmerter [22]. Der er ofte mange årsager til rygsmerter, men de forekommer særlig hyppigt i forbindelse med mange års tungt løftarbejde og ensformige arbejdsstillinger [13].

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. I denne rapport er borgere med rygsygdom derfor identificeret via spørgeskemadata (se kapitel 1). Da vi ikke har spørgeskemaoplysninger i forhold til hvornår sygdommen er opstået, er det kun muligt at opgøre tal for prævalens.

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne rygsygdom, svarende til 164.500 personer. Andelen af borgere med rygsygdom er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.32).

Køn og alder: Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder i andelen, der har rygsygdom. Andelen med rygsygdom stiger med stigende alder indtil 54 års alderen, hvorefter forekomsten er stort set konstant.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af rygsygdom. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har rygsygdom. Andelen af borgere med rygsygdom er dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

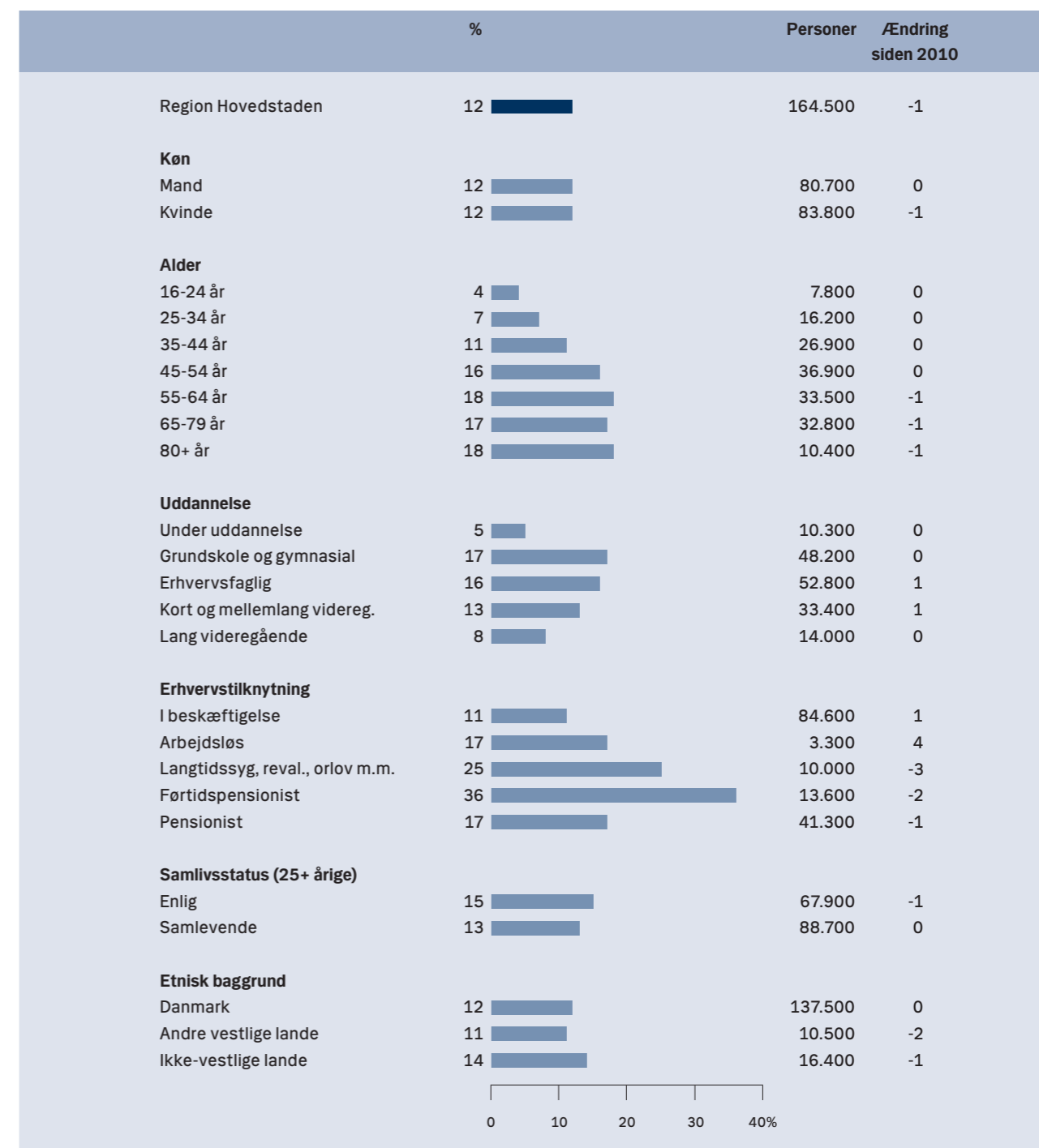
Andelen af borgere med rygsygdom er dobbelt så stor blandt langtidssyge og tre gange større blandt førtidspensionister, sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Antallet af borgere med rygsygdom er dog størst blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere med rygsygdom mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere med rygsygdom mellem borgere med dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Forekomsten af rygsygdom er stort set uændret fra 2010 til 2013 i de forskellige sociodemografiske grupper.

Tabel 3.32 Borgere med rygsygdom 1. januar 2013



Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Rygsygdom i planlægningsområderne

Forekomsten af rygsygdom varierer fra 10 % i planlægningsområde Byen til 14 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.33). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af rygsygdom er lavere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Midt. De øvrige planlægningsområder afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med rygsygdom ikke ændret væsentligt i regionen som helhed i forhold til det totale antal borgere med rygsygdom (tabel 3.33). Dette tal dækker dog over et større fald i antallet i planlægningsområde Byen, mens antallet af borgere med rygsygdom er steget i planlægningsområderne Midt og Syd.

Tabel 3.33 Borgere med ryggsygdom i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	164.500		800
Planlægningsområde Nord	14 *	34.000		-200
Planlægningsområde Midt	12	41.000		2.200
Gentofte Hospital	11 *	15.300	*	400
Herlev Hospital	13	25.700		1.800
Planlægningsområde Syd	12	48.000		1.500
Amager Hospital	12	16.300		-100
Glostrup Hospital	13	13.200		400
Hvidovre Hospital	12	18.500		1.300
Planlægningsområde Byen	10 *	36.400		-2.000
Bispebjerg Hospital	10 *	24.300		-1.000
Frederiksberg Hospital	11 *	12.100		-1.000

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra spørgeskema

3.2.10 Knogleskørhed (osteoporose)

Knogleskørhed (osteoporose) er en knoglesygdom, hvor knoglemassen er nedsat og knoglernes struktur forringet sådan, at knoglerne bliver "porøse" og risikoen for brud forøges [13]. 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. Knogleskørhed kan skyldes genetiske faktorer eller livstilsfaktorer som rygning, fysisk inaktivitet, alkohol og lavt indtag af kalk og D-vitamin [13].

Forekomsten af knogleskørhed afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med knogleskørhed identificeret via Landspatientregistret og Lægemedeldatabasen (se kapitel 1). Opgørelserne i denne rapport adskiller sig en del fra opgørelserne i Region Hovedstadens *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008* og i rapporten *Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelse i Region Hovedstaden* fra 2011. Det skyldes, at vi i denne rapport ikke opgør knogleskørhed på baggrund af knoglebrud. Dermed finder vi en lavere forekomst af borgere med knogleskørhed, end vi har gjort tidligere.

I Region Hovedstaden har 2,6 % af borgerne knogleskørhed, svarende til 36.900 personer. Andelen af borgere med knogleskørhed er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.34). I løbet af 2012 har 5.200 personer fået konstateret knogleskørhed, svarende til 0,4 % af befolkningen.

Køn og alder: Mere end fire gange så mange kvinder har knogleskørhed eller har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012, sammenlignet med mænd. Knogleskørhed forekommer næsten ikke frem til 45 års alderen, hvorefter andelen med knogleskørhed stiger med stigende alder. I aldersgruppen 65-79 år har hver tolvte borger knogleskørhed, mens det gælder for hver sjette på 80 år og derover. Tilsvarende tendenser ses for borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af knogleskørhed. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har knogleskørhed. Andelen af borgere med knogleskørhed er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med knogleskørhed er fire gange større blandt førtidspensionister og ti gange større blandt pensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og langtidssyge. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for borgere, der har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med knogleskørhed, eller andelen, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Tabel 3.34 Borgere med knogleskørhed 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,6	36.900	1	0,4	5.200	0
Køn						
Mand	0,8	5.200	0	0,2	1.000	0
Kvinde	4,4	31.700	0	0,6	4.200	0
Alder						
16-24 år	0,0	100	0	0,0	50	0
25-34 år	0,1	200	0	0,0	100	0
35-44 år	0,2	600	0	0,0	100	0
45-54 år	0,8	1.800	0	0,2	500	0
55-64 år	3,4	6.500	0	0,7	1.300	0
65-79 år	7,9	16.900	1	1,1	2.100	0
80+ år	16,1	10.800	3	1,9	1.100	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0,1	200	0	0,0	50	0
Grundskole og gymnasial	3,7	13.100	1	0,5	1.900	1
Erhvervsfaglig	3,4	12.300	0	0,5	1.700	0
Kort og mellemlang videreg.	2,8	7.100	1	0,4	1.000	0
Lang videregående	1,4	2.400	0	0,2	400	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	0,8	6.800	0	0,2	1.300	0
Arbejdsløs	0,6	100	1	0,1	50	0
Langtids syg, reval., orlov m.m.	1,1	600	0	0,2	100	0
Førtidspensionist	4,5	2.500	1	0,7	400	0
Pensionist	10,4	26.400	1	1,4	3.200	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	4,4	21.000	0	0,6	2.600	0
Samlevende	2,2	15.900	0	0,4	2.600	0
Etnisk baggrund						
Danmark	2,9	34.000	1	0,4	4.800	0
Andre vestlige lande	1,9	1.600	0	0,3	200	0
Ikke-vestlige lande	0,9	1.300	0	0,2	200	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med knogleskørhed, eller andelen, som har fået konstateret knogleskørhed i løbet af 2012, er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af knogleskørhed fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret knogleskørhed inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Knogleskørhed i planlægningsområderne

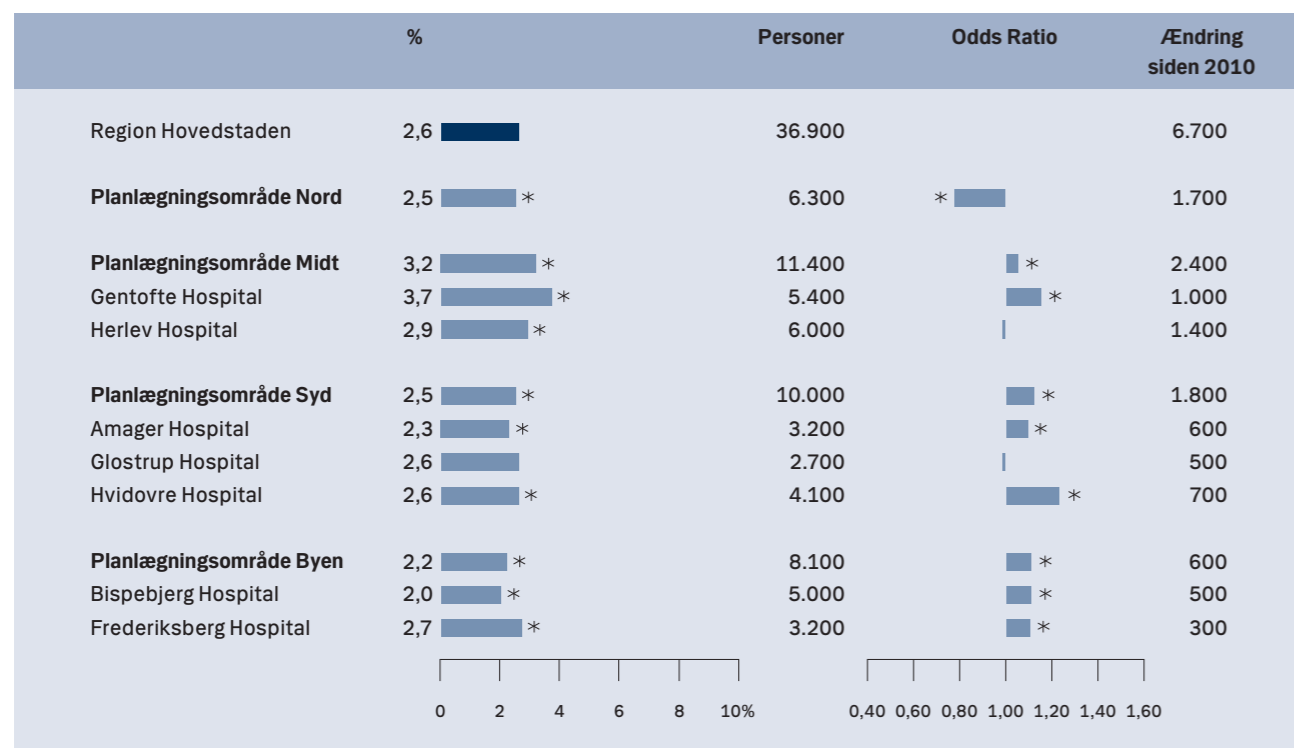
Forekomsten af knogleskørhed varierer fra 2,2 % i planlægningsområde Byen til 3,2 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.35). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af knogleskørhed er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Midt, Syd og Byen og lavere i planlægningsområde Nord.

Andelen af nye tilfælde af knogleskørhed varierer fra 0,3 % i planlægningsområde Byen til 0,5 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.36). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde

af knogleskørhed højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Midt og Syd og lavere i planlægningsområde Nord. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

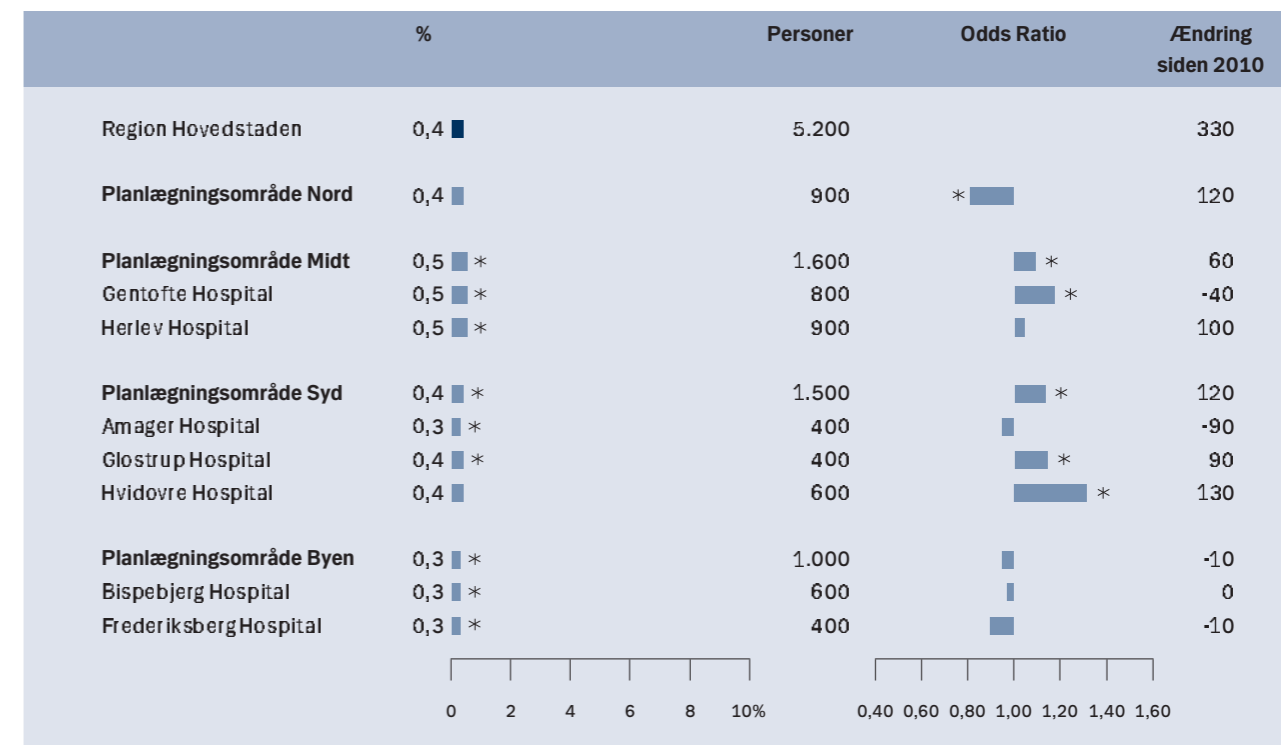
Udvikling 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med knogleskørhed steget med 6.700 personer. Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Midt, hvor forekomsten er steget med 2.400 personer. I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret knogleskørhed inden for det seneste år stort set uændret (tabel 3.35 og tabel 3.36).

Tabel 3.35 Borgere med knogleskørhed i planlægningsområderne 1. januar 2013



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.36 Borgere, som har fået konstateret knogleskørhed i planlægningsområderne i løbet af 2012



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.11 Langvarig behandling med antidepressiv medicin

Depression er en af de almindeligste psykiske lidelser. Symptomerne er blandt andet nedtrykthed, nedsat energi og øget træthed, selvbefejdelse eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro, søvnbesvær og appetitforstyrrelse.

Svære depressioner behandles ofte med antidepressiv medicin. Behandlingen kan foregå på en psykiatrisk afdeling, men foregår også i høj grad hos privatpraktiserende psykiatere og i nogle tilfælde ved egen læge. Antidepressiv medicin anvendes desuden i behandlingen af angst og andre psykiske lidelser som eksempelvis spiseforstyrrelser og tvangstilstande. I denne opgørelse af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin, vil der derfor også indgå borgere med andre langvarige psykiske lidelser.

Forekomsten af langvarig behandling med antidepressiv medicin afhænger af, hvordan denne defineres. I denne rapport er borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin identificeret via Lægemedeldatabasen og inkluderer borgere, som har indløst recept på antidepressiv medicin. For at udelukke milde depressioner, som behandles i en kort periode, skal en borger inden for de seneste fem år have indløst mindst tre recepter med mindst to år mellem første og sidste recept

for at indgå i definitionen i denne rapport. Borgere med svær psykisk lidelse indgår ikke i denne definition, men beskrives særskilt i afsnit 3.1.12

I Region Hovedstaden er 4,9 % af borgerne i langvarig behandling med antidepressiv medicin, svarende til 69.100 personer. Andelen af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin er uændret siden 2010 (tabel 3.37). I løbet af 2012 er 10.100 personer kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin, svarende til 0,8 % af befolkningen.

Blandt borgere, som er i langvarig behandling med antidepressiv medicin har 5,2 % depression, mens 0,7 % har angst (resultater ikke vist).

Køn og alder: Dobbelt så mange kvinder er i langvarig behandling med antidepressiv medicin eller er kommet i langvarig behandling i løbet af 2012 sammenlignet med mænd. Andelen i langvarig behandling med antidepressiv medicin stiger med stigende alder. Således er hver tiende borger på 80 år eller derover i langvarig behandling med antidepressiv medicin, mens det gælder én ud af 100 blandt de 16-24 årige. Tilsvarende tendenser ses for borgere, som er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin i løbet af 2012.

Tabel 3.37 Borgere som er i langvarig behandling med antidepressiv medicin 1. januar 2013, og borgere, som er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	4,9	69.100	0	0,8	10.100	0
Køn						
Mand	3,2	22.100	0	0,6	3.600	0
Kvinde	6,5	47.000	0	1,0	6.600	0
Alder						
16-24 år	1,1	2.200	0	0,4	800	0
25-34 år	2,8	7.000	0	0,6	1.500	0
35-44 år	4,4	11.100	0	0,9	2.000	0
45-54 år	5,6	13.500	1	0,9	1.900	0
55-64 år	7,1	13.600	0	0,8	1.400	0
65-79 år	7,1	15.100	0	0,9	1.600	0
80+ år	9,7	6.500	1	1,6	800	0
Uddannelse						
Under uddannelse	1,9	3.700	0	0,5	1.000	0
Grundskole og gymnasial	6,2	22.000	0	1,1	3.300	0
Erhvervsfaglig	5,8	21.300	1	0,9	2.900	0
Kort og mellemlang videreg.	5,4	13.600	0	0,7	1.700	0
Lang videregående	3,8	6.300	1	0,5	800	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	3,6	28.800	1	0,6	4.500	0
Arbejdsløs	5,8	1.400	2	1,1	300	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	12,3	6.600	1	3,3	1.400	-1
Førtidspensionist	13,7	7.500	1	1,8	600	0
Pensionist	8,1	20.500	0	1,1	2.400	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	7,1	34.200	0	1,1	4.600	0
Samlevende	4,5	32.700	0	0,7	4.700	0
Etnisk baggrund						
Danmark	5,2	61.300	0	0,8	8.600	0
Andre vestlige lande	3,0	2.500	0	0,6	400	0
Ikke-vestlige lande	3,5	5.300	0	0,8	1.100	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af langvarig behandling med antidepressiv medicin. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne er i langvarig behandling med antidepressiv medicin. Andelen af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin er fire gange større blandt langtidssyge og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Antallet af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin er dog størst blandt borgere i beskæftigelse. Tilsvarende tendenser

for uddannelse og erhvervstilknytning ses for borgere, der er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin, eller som er kommet i langvarig behandling i løbet af 2012, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin, eller som er kommet i langvarig behandling i løbet af 2012, er størst blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af langvarig behandling med antidepressiv medicin fra 2010 til 2013 eller i andelen, som er kommet i langvarig behandling inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne
Forekomsten af langvarig behandling med antidepressiv medicin varierer fra 4,5 % i planlægningsområde Byen til 5,2 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.38). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af langvarig behandling med antidepressiv medicin er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Byen og lavere i planlægningsområde

Nord. Planlægningsområderne Midt og Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere, som er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin i løbet af 2012, i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.39). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne er andelen af borgere, som i løbet af 2012 er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling siden 2010-2013: Siden 2010 er der sket en stigning på 7.200 personer i antallet af borgere, som er i langvarig behandling med antidepressiv medicin. Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er steget med 2.400 personer. I samme periode er antallet af borgere, som er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin inden for det seneste år stort set uændret (tabel 3.38 og tabel 3.39).

Tabel 3.38 Borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	4,9	69.100		7.200
Planlægningsområde Nord	5,2 *	13.000	*	1.400
Planlægningsområde Midt	5,1 *	18.100		1.700
Gentofte Hospital	5,0	7.300	*	500
Herlev Hospital	5,3 *	10.800	*	1.200
Planlægningsområde Syd	4,7 *	18.900		2.400
Amager Hospital	4,3 *	6.000	*	700
Glostrup Hospital	5,1 *	5.500	*	800
Hvidovre Hospital	4,7 *	7.500	*	1.000
Planlægningsområde Byen	4,5 *	16.500	*	1.500
Bispebjerg Hospital	4,4 *	10.800	*	900
Frederiksberg Hospital	4,8 *	5.700	*	500

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.39 Borgere, som er kommet i langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,8	10.100		-380
Planlægningsområde Nord	0,8 *	1.900		50
Planlægningsområde Midt	0,8	2.500	*	-110
Gentofte Hospital	0,7 *	900	*	-70
Herlev Hospital	0,9 *	1.600		-40
Planlægningsområde Syd	0,8	3.000		-30
Amager Hospital	0,7 *	900		40
Glostrup Hospital	0,8 *	800	*	-80
Hvidovre Hospital	0,8	1.200	*	10
Planlægningsområde Byen	0,7 *	2.400	*	-230
Bispebjerg Hospital	0,7 *	1.600		-140
Frederiksberg Hospital	0,7 *	800	*	-100

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.12 Svær psykisk lidelse

Svær psykisk lidelse dækker over flere forskellige psykiske lidelser så som skizofreni, bipolare lidelser og svære angsttilfælde. Det antages, at borgere i behandling med anti-psykotisk medicin er præget af deres lidelser i deres hverdag i en sådan grad, at det kan betegnes som kronisk.

Forekomsten af svær psykisk lidelse afhænger af, hvordan lidelsen defineres. I denne rapport er borgere med svær psykisk lidelse identificeret via Lægemiddeldatabasen og Landspatientregisteret-Psykiatri. Da flere psykiske lidelser behandles med den samme form for medicin, eksempelvis skizofrenier, manier og paranoide psykoser, opgøres svær psykisk lidelse samlet i denne rapport. Udover at identificere personer med svær psykisk lidelse på baggrund af informationer om indløsning af recepter, inkluderes også personer, som har haft psykiatriske kontakter. Årsagen til dette er, at der vil være nogle borgere, der får udleveret deres medicin af sundhedsvæsenet og dermed ikke indløser en recept (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 2,9 % af borgerne en svær psykisk lidelse, svarende til 40.300 personer. Andelen af borgere med svær psykisk lidelse er uændret siden 2010 (tabel 3.40). I løbet af 2012 har 5.200 personer fået konstateret en svær psykisk lidelse, svarende til 0,4 % af befolkningen.

Svær psykisk lidelse opdelt på diagnoser*	Prævalens (%)
Skizofreni	19,2
Skizotypisk sindslidelse	4,8
Paranoide psykoser	4,6
Skizoaffektive psykoser	1,8
Andre ikke-organisatoriske psykoser	2,1
Bipolar affektiv lidelse	8,5

*Som A- eller B-diagnoser ved indlæggelser eller ambulante kontakter i løbet af de seneste fem år i Landspatientregisteret-Psykiatri
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

Køn og alder: Der er stort set ingen forskel mellem mænd og kvinder i andelen, som har en svær psykisk lidelse, eller som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012. Andelen med en svær psykisk lidelse stiger med stigende alder. Sammenlignet med de 16-24 årige er andelen næsten tre gange større blandt borgere på 80 år eller derover. Tilsvarende tendenser ses for andelen, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012.

Tabel 3.40 Borgere med svær psykisk lidelse 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,9	40.300	0	0,4	5.200	0
Køn						
Mand	2,7	18.600	0	0,4	2.400	0
Kvinde	3,0	21.700	0	0,4	2.800	0
Alder						
16-24 år	1,8	3.600	1	0,4	800	0
25-34 år	2,1	5.100	0	0,3	700	0
35-44 år	2,7	6.900	1	0,3	800	0
45-54 år	3,4	8.000	0	0,4	900	0
55-64 år	3,5	6.600	0	0,3	500	0
65-79 år	3,1	6.700	0	0,4	800	0
80+ år	5,1	3.400	-1	1,2	800	0
Uddannelse						
Under uddannelse	1,3	2.600	0	0,3	500	0
Grundskole og gymnasial	5,3	18.900	0	0,6	2.100	0
Erhvervsfaglig	2,6	9.400	1	0,4	1.300	0
Kort og mellemlang videreg.	2,0	5.200	0	0,3	600	0
Lang videregående	1,3	2.200	0	0,2	300	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	0,9	7.100	0	0,2	1.400	0
Arbejdsløs	2,2	500	0	0,6	100	1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	13,2	7.100	2	2,0	1.000	0
Førtidspensionist	22,6	12.300	1	1,0	400	0
Pensionist	3,7	9.400	0	0,6	1.600	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	5,5	26.400	0	0,6	2.800	0
Samlevende	1,4	10.400	0	0,2	1.600	0
Etnisk baggrund						
Danmark	2,8	33.100	0	0,4	4.300	0
Andre vestlige lande	1,8	1.600	0	0,3	200	0
Ikke-vestlige lande	3,7	5.700	1	0,5	700	-1

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af svær psykisk lidelse. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har en svær psykisk lidelse. Andelen af borgere med en svær psykisk lidelse er to til fire gange større blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en længere uddannelse.

Andelen af borgere med en svær psykisk lidelse er markant større blandt langtidssyge og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med en svær psykisk lidelse er næsten fire gange højere blandt enlige

sammenlignet med samlevende. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med en svær psykisk lidelse, eller andelen, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Antallet af borgere med en svær psykisk lidelse, eller antallet af borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012, er dog størst blandt borgere med dansk baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændringer i forekomsten af svær psykisk lidelse fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Svær psykisk lidelse i planlægningsområderne

Forekomsten af svær psykisk lidelse varierer fra 2,6 % i planlægningsområde Midt til 3,0 % i planlægningsområde Syd (tabel 3.41). Efter der er taget højde for køns- og alders-

fordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af svær psykisk lidelse er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse i løbet af 2012, i de forskellige planlægningsområder (tabel 3.42). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af svær psykisk lidelse højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med en svær psykisk lidelse steget med 3.300 personer i regionen som helhed (tabel 3.41). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er steget med 1.000 personer. I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret en svær psykisk lidelse inden for det seneste år, stort set uændret (tabel 3.42).

Tabel 3.41 Borgere med svær psykisk lidelse i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	2,9	40.300		3.300
Planlægningsområde Nord	2,7 *	6.800	*	500
Planlægningsområde Midt	2,6 *	9.200	*	700
Gentofte Hospital	2,4 *	3.400	*	200
Herlev Hospital	2,8	5.800	*	600
Planlægningsområde Syd	3,0 *	12.300	*	1.000
Amager Hospital	2,7 *	3.700		100
Glostrup Hospital	3,2 *	3.500	*	300
Hvidovre Hospital	3,2 *	5.100	*	500
Planlægningsområde Byen	2,9 *	10.700	*	900
Bispebjerg Hospital	3,1 *	7.600	*	700
Frederiksberg Hospital	2,6 *	3.100		200

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.42 Borgere, som har fået konstateret svær psykisk lidelse i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,4	5.200		330
Planlægningsområde Nord	0,4	1.000		210
Planlægningsområde Midt	0,4	1.300	*	160
Gentofte Hospital	0,4 *	500	*	50
Herlev Hospital	0,4	800		110
Planlægningsområde Syd	0,4	1.500	*	0
Amager Hospital	0,4	500		40
Glostrup Hospital	0,4 *	400	*	30
Hvidovre Hospital	0,4	600		-70
Planlægningsområde Byen	0,3 *	1.200	*	-30
Bispebjerg Hospital	0,4 *	900		-20
Frederiksberg Hospital	0,3 *	400	*	-20

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.13 Demens

Demens er en tilstand som opstår, når de mentale færdigheder svækkes af sygdom. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom, men der er mere end 200 sygdomme, som kan medføre demens [23]. De første symptomer på demens er ofte glemshedsbesvær og hukommelsesbesvær, men andre mentale færdigheder kan også påvirkes. Demens kan også påvirke de sociale kompetencer, følelseslivet og personligheden. Kost, rygning, alkohol og motion er alle faktorer, der har betydning for udviklingen af demens.

Forekomsten af demens afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med demens identificeret via Landspatientregisteret, Landspatientregisteret-Psykiatri og Lægemedeldatabasen (se kapitel 1).

Demens opgøres i denne rapport kun for borgere over 65 år, da sygdommen meget sjældent forekommer blandt yngre borgere.

I Region Hovedstaden har 3,6 % af borgerne over 65 år demens, svarende til 10.100 personer. Andelen af borgere med demens er uændret siden 2010 (tabel 3.43). I løbet af 2012 har 2.500 personer fået konstateret demens, svarende til 1,0 % af befolkningen over 65 år.

Køn og alder: Lidt flere kvinder end mænd har demens eller har fået konstateret demens i løbet af 2012. Andelen med demens er seks gange større blandt borgerne på 80 år og derover sammenlignet med de 65-79 årige. Hver tiende borger på 80 år

eller derover har demens. Lignende tendenser ses for personer, som har fået konstateret demens i løbet af 2012.

Uddannelse: Der ses en social gradient i forekomsten af demens. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har demens. Andelen af borgere med demens er næsten dobbelt så stor blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Tilsvarende tendens for uddannelse ses for borgere, som har fået demens i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 65+ årige: Andelen af borgere med demens er tre gange større blandt enlige sammenlignet med samlevende. En tilsvarende tendens ses for borgere, som har fået konstateret demens i løbet af 2012.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med demens, eller som har fået konstateret demens i løbet af 2012 er størst blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændringer i forekomsten af demens fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret demens inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Tabel 3.43 Borgere på 65 år og derover med demens 1. januar 2013, og borgere på 65 år og derover, som har fået konstateret demens i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	3,6	10.100	0	1,0	2.500	0
Køn						
Mand	2,8	3.400	0	0,8	900	0
Kvinde	4,2	6.700	-1	1,1	1.600	0
Alder						
65-79 år	1,6	3.500	0	0,5	900	-1
80+ år	9,9	6.600	0	2,6	1.600	0
Uddannelse						
Grundskole og gymnasial	4,3	4.200	0	1,1	1.000	0
Erhvervsfaglig	3,0	3.000	0	0,7	700	0
Kort og mellemlang videreg.	2,5	1.200	-1	0,7	300	0
Lang videregående	2,3	500	0	0,7	100	0
Samlivsstatus (65+ årige)						
Enlig	5,8	7.800	0	1,4	1.700	-1
Samlevende	1,6	2.300	0	0,6	800	0
Etnisk baggrund						
Danmark	3,6	9.500	0	1,0	2.300	0
Andre vestlige lande	3,7	400	0	1,0	100	0
Ikke-vestlige lande	2,2	200	0	0,7	100	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Demens i planlægningsområderne

Forekomsten af demens varierer fra 2,7 % i planlægningsområde Nord til 4,4 % i planlægningsområde Byen (tabel 3.44). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af demens er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Nord og Midt.

Andelen af nye tilfælde af demens varierer fra 0,8 % i planlægningsområde Nord til 1,2 % i planlægningsområde Byen (tabel 3.45). Efter der er taget højde for køns- og aldersforde-

lingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af demens højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i planlægningsområderne Midt og Nord.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med demens ikke ændret væsentligt i regionen som helhed i forhold til det totale antal borgere med demens (tabel 3.44). I samme periode er antallet af borgere, som har fået konstateret demens inden for det seneste år, faldet med 510 personer (tabel 3.45).

Tabel 3.44 Borgere på 65 år og derover med demens i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	3,6	10.100		-400
Planlægningsområde Nord	2,7 *	1.800	* 0,8	100
Planlægningsområde Midt	3,5	2.900	* 1,0	-200
Gentofte Hospital	3,7 *	1.300	* 1,0	-200
Herlev Hospital	3,4	1.600		0
Planlægningsområde Syd	3,9 *	2.700	* 1,1	-300
Amager Hospital	4,2 *	900	* 1,2	-200
Glostrup Hospital	3,3 *	700	* 0,9	0
Hvidovre Hospital	4,1 *	1.000	* 1,1	-200
Planlægningsområde Byen	4,4 *	2.400	* 1,2	-100
Bispebjerg Hospital	4,3 *	1.400	* 1,1	-100
Frederiksberg Hospital	4,6 *	1.000	* 1,3	0

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.45 Borgere på 65 år og derover, som har fået konstateret demens i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,0	2.500		-510
Planlægningsområde Nord	0,8 *	500	* 0,8	10
Planlægningsområde Midt	0,8 *	700	* 0,8	-190
Gentofte Hospital	0,9	300	* 0,9	-80
Herlev Hospital	0,8 *	300	* 0,8	-120
Planlægningsområde Syd	1,1 *	700	* 1,1	-180
Amager Hospital	1,2 *	200	* 1,2	-70
Glostrup Hospital	0,9	200	* 0,9	-30
Hvidovre Hospital	1,2 *	300	* 1,2	-80
Planlægningsområde Byen	1,2 *	600	* 1,2	-120
Bispebjerg Hospital	1,1 *	300	* 1,1	-40
Frederiksberg Hospital	1,3 *	300	* 1,3	-70

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.14 Luftvejsallergi

Luftvejsallergi omfatter lidelser som allergisk snue, høfeber, allergisk astma og andre symptomer fra luftvejene. Årsagen til luftvejsallergi er oftest husstøvmider, pollen, hudskæl fra kæledyr og sporer fra skimmelsvampe.

Forekomsten af luftvejsallergi afhænger af, hvordan sygdommen defineres. I denne rapport er borgere med luftvejsallergi identificeret via Landspatientregisteret og Lægemedeldata-basen (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne luftvejsallergi, svarende til 175.200 personer. Andelen af borgere med luftvejsallergi er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.46). I løbet af 2012 har 19.300 personer fået konstateret luftvejsallergi, svarende til 1,6 % af befolkningen.

Køn og alder: Andelen af borgere med luftvejsallergi eller andelen, som har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012, er højere blandt kvinder sammenlignet med mænd. Andelen af borgere med luftvejsallergi stiger med alderen. Sammenlignet med de 16-34 årige er andelen af borgere med luftvejsallergi næsten dobbelt så stor blandt borgere på 65 år eller derover. Denne alderstendens er modsatrettet den rapporterede i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, hvor forekomsten af allergi blev opgjort på baggrund af spørgeskemaoplysninger. En mulig forklaring kan være, at ældre borgere i højere grad får allergimedien på recept, mens yngre borgere køber håndkøbsmedicin. Da allergi i denne rapport opgøres på baggrund af registeroplysninger om blandt andet recepter vil borgere der udelukkende anvender håndkøbsmedicin, ikke være med i opgørelsen. Tilsvarende tendenser ses for borgere, der har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning:

Der ses ingen social gradient i forekomsten af luftvejsallergi. Andelen af borgere med luftvejsallergi er stort set den samme uanset uddannelseslængde.

Andelen af borgere med luftvejsallergi er lidt større blandt førtidspensionister, sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper. Antallet af borgere med luftvejsallergi er dog størst blandt borgere i beskæftigelse. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel mellem enlige og samlevende i andelen af borgere med luftvejsallergi, eller i andelen, som har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med luftvejsallergi er størst blandt borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Antallet af borgere med luftvejsallergi er dog størst blandt borgere med dansk baggrund. Tilsvarende tendenser ses for andelen af borgere, som har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændring i forekomsten af luftvejsallergi fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret luftvejsallergi inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Luftvejsallergi i planlægningsområderne

Forekomsten af luftvejsallergi varierer fra 11 % i planlægningsområde Byen til 14 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.47). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af luftvejsallergi er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Midt og lavere i planlægningsområderne Syd og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Andelen af nye tilfælde af luftvejsallergi varierer fra 1,4 % i planlægningsområde Byen til 1,7 % i planlægningsområde Midt (tabel 3.48). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af luftvejsallergi højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Midt og lavere i planlægningsområde Nord og Byen. Planlægningsområde Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

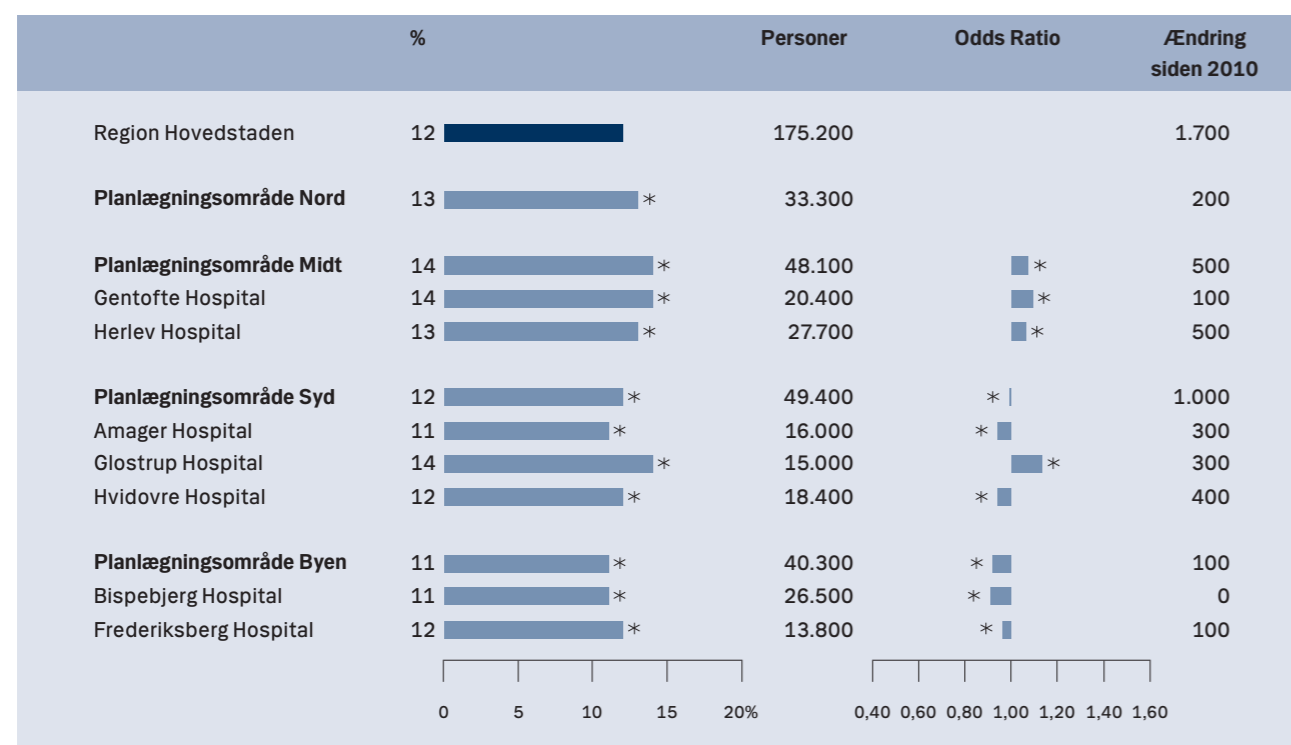
Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med luftvejsallergi, eller antallet, som har fået konstateret luftvejsallergi inden for det seneste år, ikke ændret væsentlig i regionen som helhed i forhold til det totale antal borgere med luftvejsallergi (tabel 3.47 og tabel 3.48).

Tabel 3.46 Borgere med luftvejsallergi 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret luftvejsallergi i løbet af 2012

	Prævalens		Incidens			
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	175.200	-1	1,6	19.300	0
Køn						
Mand	10	69.700	0	1,3	7.800	0
Kvinde	14	105.600	-1	1,9	11.400	0
Alder						
16-24 år	9	19.200	-1	1,3	2.300	0
25-34 år	9	21.800	0	1,5	3.300	0
35-44 år	12	29.000	0	1,5	3.400	1
45-54 år	13	30.800	0	1,5	3.100	0
55-64 år	15	28.000	0	1,7	2.700	0
65-79 år	16	35.100	-1	1,9	3.300	0
80+ år	17	11.300	0	2,0	1.100	0
Uddannelse						
Under uddannelse	10	19.600	-1	1,4	2.400	0
Grundskole og gymnasial	13	44.700	0	1,6	5.000	0
Erhvervsfaglig	13	48.100	0	1,6	5.100	0
Kort og mellemlang videreg.	14	35.800	0	1,7	3.700	0
Lang videregående	13	21.900	-1	1,6	2.200	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	12	94.300	0	1,5	10.700	0
Arbejdsløs	11	2.600	0	1,6	300	1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	13	6.900	0	1,8	900	0
Førtidspensionist	19	10.500	0	2,2	1.000	0
Pensionist	17	42.200	0	2,0	4.300	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	12	59.500	-1	1,6	6.500	0
Samlevende	13	96.500	-1	1,7	10.400	0
Etnisk baggrund						
Danmark	13	149.000	0	1,6	15.900	0
Andre vestlige lande	8	6.800	-1	1,3	1.000	0
Ikke-vestlige lande	13	19.400	0	1,9	2.400	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.47 Borgere med luftvejsallergi i planlægningsområderne 1. januar 2013



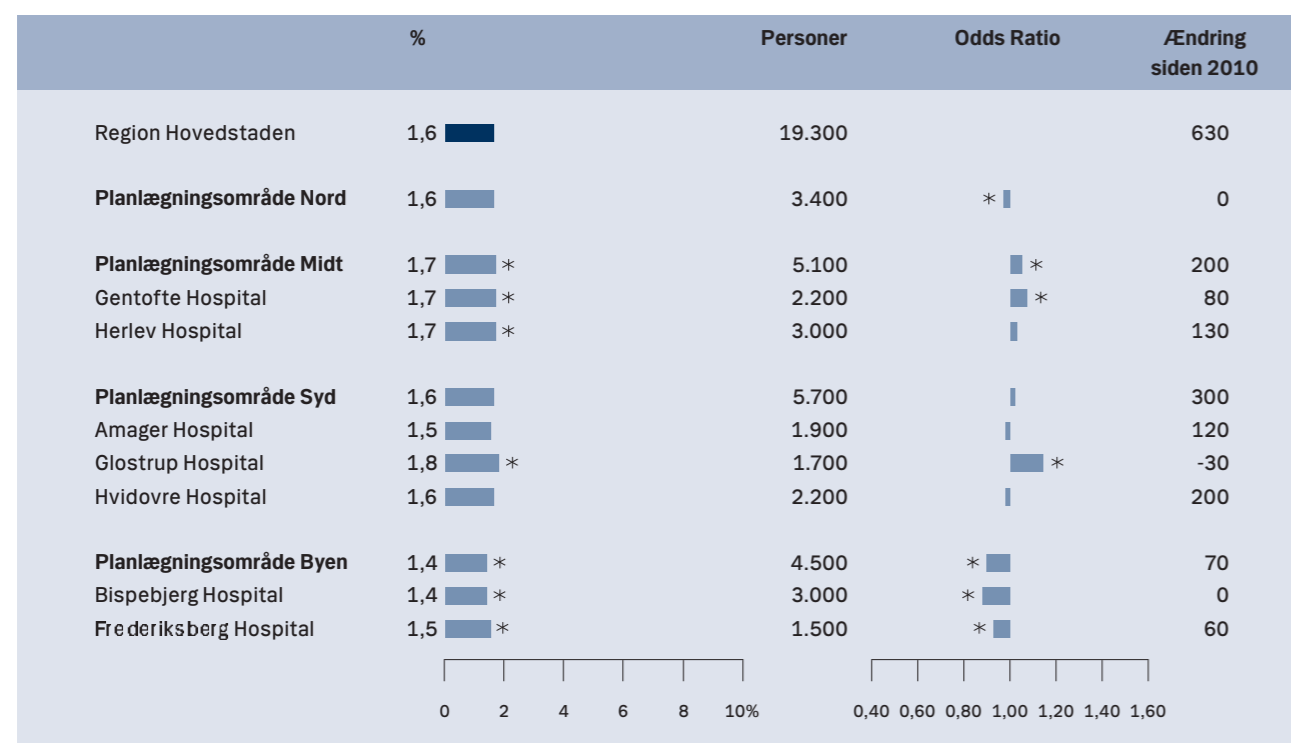
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.48 Borgere, som har fået konstateret luftvejsallergi i planlægningsområderne i løbet af 2012



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.2.15 Hyppig hovedpine/migræne

Hovedpine er en forholdsvis hyppig tilstand. Det er ikke livstruende, men kan påvirke den enkelte i dagligdagen, så det til tider kan være invaliderende. Hovedpine kan både være en sygdom eller et symptom på en anden sygdom eller tilstand.

Forekomsten af hyppig hovedpine/migræne, er svær at opgøre ved brug af registerdata. Det skyldes, at det kun er de sværeste tilfælde af hovedpine, der bliver behandlet på hospital og at den medicin, der anvendes i behandlingen af hovedpine langt fra udelukkende bruges til hovedpine. Derudover behandles hovedpine ofte med håndkøbsmedicin, som ikke fremgår af registrene. I denne rapport er borgere med hyppig hovedpine/migræne derfor opgjort via spørgeskemadata (se kapitel 1). Da vi ikke har spørgeskemaoplysninger i forhold til hvornår sygdommen er opstået, er det kun muligt at opgøre tal for prævalens.

I Region Hovedstaden har 14 % af borgerne hyppig hovedpine/migræne svarende til 181.500 personer. Andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne er faldet 2 procentpoint siden 2010 (tabel 3.49).

Køn og alder: Andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne er mere end dobbelt så stor blandt kvinder sammenlignet med mænd. Næsten hver femte kvinde har hyppig hovedpine/migræne, mens det gælder mindre end én ud af 12 blandt mænd. Andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne stiger med stigende alder indtil 45-54 års alderen, hvorefter den falder igen. Således har én ud af syv borgere i alderen 16-54 år hyppig hovedpine/migræne, mens det gælder én ud af fjorten borgere på 65 år og derover.

Uddannelse og erhvervstilknytning:

Der ses ingen social gradient i forekomsten af hyppig hovedpine/migræne, dog er andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne lavere blandt borgere med lang videregående uddannelse sammenlignet med de andre uddannelsesgrupper.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne dobbelt så stor blandt langtidssyge og førtidspensionister. Antallet af borgere med hyppig hovedpine/migræne er dog størst blandt borgere i beskæftigelse.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Antallet af borgere med hyppig hovedpine/migræne er dog størst blandt borgere med dansk baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

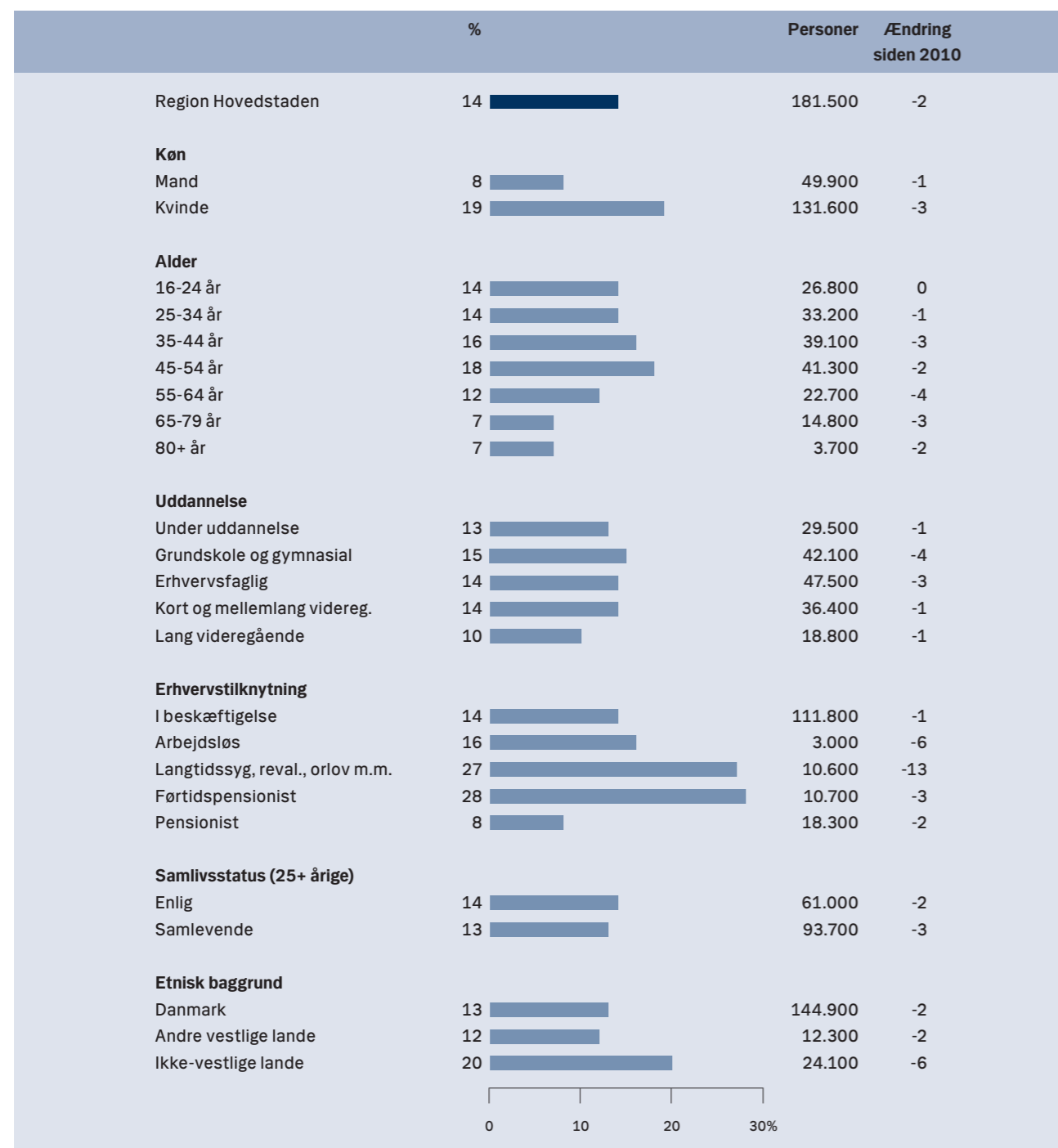
De største fald i andelen af borgere med hyppig hovedpine/migræne ses blandt arbejdsløse, langtidssyge og borgere med ikke-vestlig baggrund.

Hyppig hovedpine/migræne i planlægningsområderne

Forekomsten af hyppig hovedpine/migræne varierer fra 13 % i planlægningsområderne Midt og Byen til 15 % i planlægningsområde Syd (tabel 3.50). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af hyppig hovedpine/migræne er lavere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområderne Nord og Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

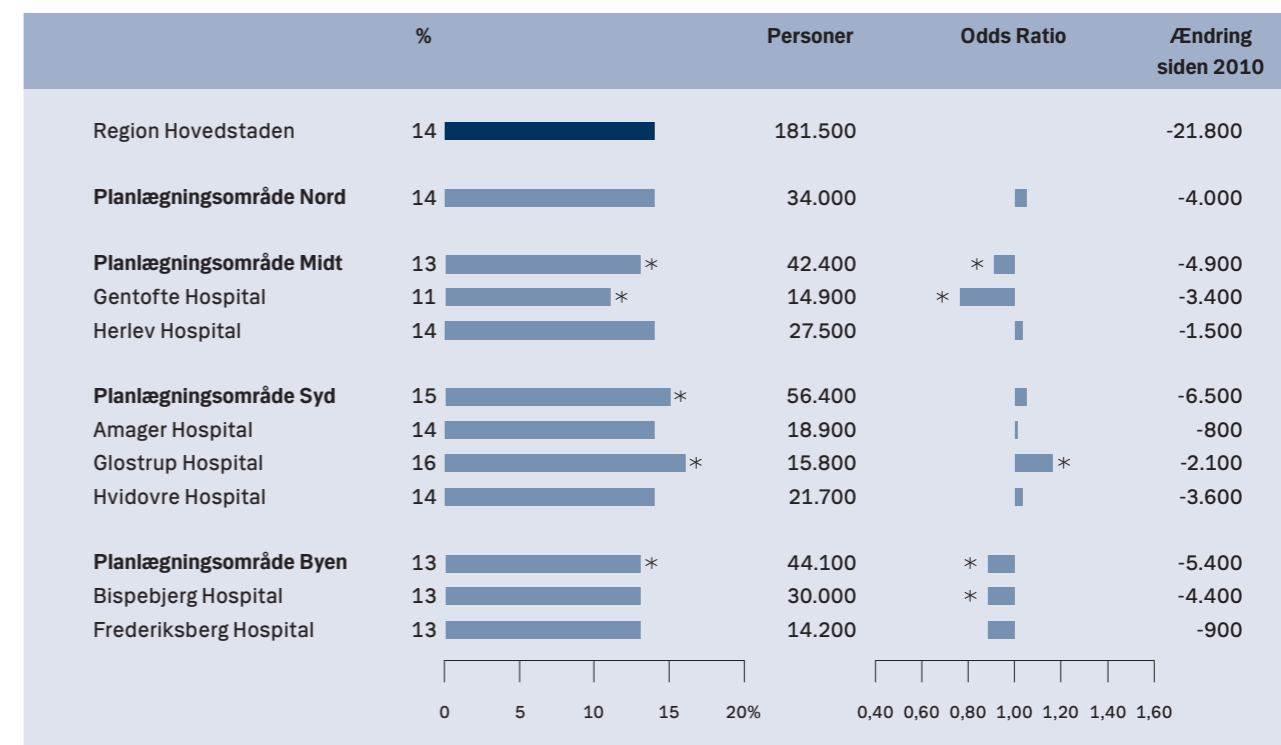
Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med hyppig hovedpine/migræne faldet med 21.800 borgere i regionen som helhed (tabel 3.50). Antallet er faldet i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er faldet med 6.500 personer.

Tabel 3.49 Borgere med hyppig hovedpine/migræne 1. januar 2013



Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Tabel 3.50 Borgere med hyppig hovedpine/migræne i planlægningsområderne 1. januar 2013



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra spørgeskema

3.3 Flere kroniske sygdomme (multisygdom)

Multisygdom, eller multimorbiditet, defineres som tilstedeværelsen af to eller flere kroniske sygdomme hos samme person på tværs af mentale og somatiske diagnoser [24]. Det relaterede og mere udbredte begreb komorbiditet, adskiller sig ved at være defineret som tilstedeværelsen af én eller flere sygdomme ud over en sygdom, som betragtes som primær [25-28]. Hvor mange sygdomme og hvilke sygdomme der inkluderes, samt om man anvender spørgeskemadata eller registerdata har stor betydning for forekomsten. Der er i Region Hovedstaden nedsat en arbejdsgruppe, der arbejder på en afklaring af begrebet multisygdom.

Borgere med flere kroniske sygdomme giver sundhedsvæsenet en række nye udfordringer [29]. Heriblandt at borgerne behandles med mange forskellige typer medicin, hvilket øger risikoen

for bivirkninger og utilsigtede hændelser, at multisygdom kan vanskeliggøre deltagelse i rehabilitering og genoptræning, at multisygdom kan føre til ineffektiv behandling, da mange behandlere skal koordinere behandlingen og endelig at multisygdom ofte øger behovet for hjælp og støtte i dagligdagen.

Forekomsten af multisygdom stiger med stigende alder og er generelt stigende i befolkningen, hvilket delvist kan forklares med den demografiske udvikling med en aldrende befolkning [28;30].

I denne rapport arbejdes med to definitioner af multisygdom – multisygdom (14 sygdomme) og multisygdom (12 sygdomme) (se kapitel 1). I dette kapitel anvendes multisygdom (14 sygdomme). Der opgøres kun tal for prævalens.

Multisygdom (14 sygdomme) omfatter:

Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, slidgigt, ryggsygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, luftvejsallergi og demens

Multisygdom (12 sygdomme) omfatter:

Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, luftvejsallergi og demens

3.3.1 1 kronisk sygdom

I Region Hovedstaden har 25 % af borgerne 1 kronisk sygdom svarende til 350.000 personer. Siden 2010 er andelen af borgere med 1 kronisk sygdom uændret (tabel 3.51).

Køn og alder: Der er stort set ingen forskel i andelen af mænd og kvinder med 1 kronisk sygdom. Andelen af borgere med 1 kronisk sygdom stiger med stigende alder frem til 79 års alderen, hvorefter den falder en smule. Andelen af borgere med 1 kronisk sygdom er næsten dobbelt så stor blandt de 45-79 årige sammenlignet med de 16-24 årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der er ingen tydelig social gradient i forekomsten af 1 kronisk sygdom. Andelen er dog mindst blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med 1 kronisk sygdom er størst blandt langtidssyge og mindst blandt borgere i beskæftigelse. Antallet af borgere med 1 kronisk sygdom er dog størst blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er stort set ingen forskel mellem enlige og samlevende i andelen af borgere med 1 kronisk sygdom.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med 1 kronisk sygdom er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændring i forekomsten af 1 kronisk sygdom fra 2010 til 2013 i de forskellige sociodemografiske grupper.

1 kronisk sygdom i planlægningsområderne

Forekomsten af 1 kronisk sygdom varierer fra 23 % i planlægningsområde Byen til 27 % i planlægningsområderne Nord og Midt (tabel 3.52). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af 1 kronisk sygdom er lavere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen. Planlægningsområderne Nord og Midt afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med 1 kronisk sygdom ikke ændret væsentligt i regionen som helhed i forhold til det totale antal borgere med 1 kronisk sygdom (tabel 3.52).

Tabel 3.51 Borgere med 1 kronisk sygdom 1. januar 2013

	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	25	350.000	0
Køn			
Mand	24	166.500	0
Kvinde	25	183.500	-1
Alder			
16-24 år	16	33.200	0
25-34 år	18	45.300	-1
35-44 år	23	58.400	-1
45-54 år	29	70.400	1
55-64 år	30	57.800	-2
65-79 år	31	66.400	0
80+ år	28	18.600	-2
Uddannelse			
Under uddannelse	17	40.600	0
Grundskole og gymnasial	27	84.200	-1
Erhvervsfaglig	28	99.500	0
Kort og mellemlang videreg.	27	73.600	0
Lang videregående	22	42.000	-1
Erhvervstilknytning			
I beskæftigelse	25	203.300	1
Arbejdsløs	28	5.700	1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	34	14.700	4
Førtidspensionist	26	11.000	-2
Pensionist	30	80.700	-1
Samlivsstatus (25+ årige)			
Enlig	27	130.600	0
Samlevende	26	186.200	0
Etnisk baggrund			
Danmark	26	300.100	1
Andre vestlige lande	20	21.200	-2
Ikke-vestlige lande	22	28.600	-3

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Tabel 3.52 Borgere med 1 kronisk sygdom i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	25	350.000		9.400
Planlægningsområde Nord	27 *	66.900		-300
Planlægningsområde Midt	27 *	93.400		6.500
Gentofte Hospital	25	36.500		2.100
Herlev Hospital	28 *	56.900	*	4.400
Planlægningsområde Syd	24 *	97.300	*	1.300
Amager Hospital	24 *	33.600		1.900
Glostrup Hospital	25	26.500		-700
Hvidovre Hospital	23 *	37.100		0
Planlægningsområde Byen	23 *	83.000	*	2.000
Bispebjerg Hospital	22 *	55.700		1.900
Frederiksberg Hospital	23 *	27.300		100

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

3.3.2 2 kroniske sygdomme

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne 2 kroniske sygdomme svarende til 164.900 personer. Siden 2010 er andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme uændret (tabel 3.53).

Køn og alder: Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme er lidt større blandt kvinder sammenlignet med mænd. Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme stiger med stigende alder. Blandt borgere på 65 år eller derover har én ud af fire 2 kroniske sygdomme, mens det gælder mindre end én ud af 20 blandt de 16-34 årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af 2 kroniske sygdomme. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har 2 kroniske sygdomme. Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme er dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme er mere end dobbelt så stor blandt førtidspensionister og pensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med 2 kroniske sygdomme er større blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændring i forekomsten af 2 kroniske sygdomme fra 2010 til 2013 i de forskellige sociodemografiske grupper.

2 kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Forekomsten af 2 kroniske sygdomme varierer fra 9 % i planlægningsområde Byen til 13 % i planlægningsområderne Nord og Midt (tabel 3.54). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af 2 kroniske sygdomme er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområde Byen. Planlægningsområderne Nord og Midt afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med 2 kroniske sygdomme ikke ændret væsentligt i regionen som helhed i forhold til det totale antal borgere med 2 kroniske sygdomme (tabel 3.54).

Tabel 3.53 Borgere med 2 kroniske sygdomme 1. januar 2013

	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	164.900	0
Køn			
Mand	11	73.300	0
Kvinde	13	91.600	0
Alder			
16-24 år	3	6.500	0
25-34 år	4	9.700	0
35-44 år	8	19.800	0
45-54 år	12	29.000	-1
55-64 år	18	35.000	0
65-79 år	23	48.300	0
80+ år	25	16.600	0
Uddannelse			
Under uddannelse	3	7.800	-1
Grundskole og gymnasial	16	48.700	1
Erhvervsfaglig	15	53.300	0
Kort og mellemlang videreg.	12	33.700	1
Lang videregående	8	15.500	0
Erhvervstilknytning			
I beskæftigelse	9	71.800	1
Arbejdsløs	11	2.300	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	18	7.800	-1
Førtidspensionist	25	10.500	0
Pensionist	24	62.900	1
Samlivsstatus (25+ årige)			
Enlig	15	71.600	0
Samlevende	12	86.800	0
Etnisk baggrund			
Danmark	12	141.200	0
Andre vestlige lande	11	11.300	1
Ikke-vestlige lande	9	12.400	-1

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Tabel 3.54 Borgere med 2 kroniske sygdomme i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	164.900		6.100
Planlægningsområde Nord	13 *	33.900		1.900
Planlægningsområde Midt	13 *	44.700		1.100
Gentofte Hospital	12	17.900		-700
Herlev Hospital	13 *	26.800		1.900
Planlægningsområde Syd	12	47.200		4.700
Amager Hospital	11	15.500		2.200
Glostrup Hospital	13 *	14.000		1.300
Hvidovre Hospital	11	17.800		1.300
Planlægningsområde Byen	9 *	33.800		-1.000
Bispebjerg Hospital	9 *	21.600		-700
Frederiksberg Hospital	10 *	12.300		-300

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

3.3.3 3 eller flere kroniske sygdomme

I Region Hovedstaden har 7,9 % af borgerne 3 eller flere kroniske sygdomme, svarende til 111.100 personer. Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme uændret (tabel 3.55).

Køn og alder: Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er lidt højere blandt kvinder sammenlignet med mænd. Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme stiger med stigende alder. Blandt borgere på 65-79 år har hver femte 3 eller flere kroniske sygdomme og blandt borgere på 80 år eller derover gælder det næsten hver tredje. Mindre end én ud af 100 blandt de 16-34 årige har 3 eller flere kroniske sygdomme.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af 3 eller flere kroniske sygdomme. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har 3 eller flere kroniske sygdomme. Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er fire gange større blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er syv til ti gange så stor blandt førtidspensionister og pensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er størst blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013: Der er stort set ingen ændring i forekomsten af 3 eller flere kroniske sygdomme fra 2010 til 2013 i de forskellige sociodemografiske grupper.

3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Forekomsten af 3 eller flere kroniske sygdomme varierer fra 6,4 % i planlægningsområde Byen til 9,1 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.56). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af 3 eller flere kroniske sygdomme er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområde Midt. Planlægningsområderne Nord og Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme steget med 7.500 borgere i regionen som helhed (tabel 3.56). Ændringen er dog ikke statistisk signifikant og skal derfor tolkes med varsomhed.

Tabel 3.55 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme 1. januar 2013

	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	7,9	111.100	0
Køn			
Mand	6,7	45.500	1
Kvinde	9,0	65.600	0
Alder			
16-24 år	0,3	700	0
25-34 år	0,7	1.600	0
35-44 år	2,5	6.300	1
45-54 år	6,1	14.600	0
55-64 år	13,0	24.800	0
65-79 år	19,7	42.000	0
80+ år	31,4	21.100	4
Uddannelse			
Under uddannelse	0,5	1.100	0
Grundskole og gymnasial	13,2	40.700	1
Erhvervsfaglig	11,5	40.200	2
Kort og mellemlang videreg.	7,0	19.200	1
Lang videregående	3,3	6.200	0
Erhvervstilknytning			
I beskæftigelse	3,3	27.100	0
Arbejdsløs	5,1	1.000	3
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	12,0	5.200	-1
Førtidspensionist	32,7	13.900	1
Pensionist	22,7	60.800	2
Samlivsstatus (25+ årige)			
Enlig	12,4	60.000	0
Samlevende	7,0	50.500	0
Etnisk baggrund			
Danmark	8,1	95.800	0
Andre vestlige lande	6,7	7.000	0
Ikke-vestlige lande	6,4	8.400	-1

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Tabel 3.56 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	7,9	111.100		7.500
Planlægningsområde Nord	9,1 *	23.000		3.300
Planlægningsområde Midt	8,0	28.200	*	2.400
Gentofte Hospital	8,0	11.600	*	1.300
Herlev Hospital	8,1	16.600	*	1.100
Planlægningsområde Syd	8,0	32.500		2.200
Amager Hospital	6,5 *	9.100		-1.000
Glostrup Hospital	10,1 *	10.800	*	2.200
Hvidovre Hospital	7,9	12.600	*	900
Planlægningsområde Byen	6,4 *	23.500		-800
Bispebjerg Hospital	6,1 *	15.100		-1.500
Frederiksberg Hospital	7,1	8.300		600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

3.4 Biologiske risikofaktorer

I de følgende afsnit beskrives forekomsten af forhøjet blodtryk (hypertension), forhøjet kolesterol samt moderat og svær overvægt. Disse biologiske faktorer er risikofaktorer for en lang række kroniske sygdomme.

3.4.1 Forhøjet blodtryk (hypertension)

Højt blodtryk er én af de traditionelle risikofaktorer for hjertekarsygdom og tidlig død. Forhøjet blodtryk påvirker blodkarrene og øger risikoen for åreforkalkning. Dette kan føre til sygdomme som iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og apopleksi.

Forekomsten af forhøjet blodtryk afhænger af hvordan risikofaktoren defineres. I denne rapport er borgere med forhøjet blodtryk identificeret via Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen (se kapitel 1). En stor del af den medicin, som gives mod forhøjet blodtryk bruges ligeledes i den forebyggende behandling til patienter med blandt andet iskæmisk hjertesygdom. Derfor defineres borgere med forhøjet blodtryk ikke blandt de personer, som har hjertesygdom og forekomsten vil derfor være underestimeret.

I Region Hovedstaden har 20 % af borgerne forhøjet blodtryk svarende til 282.800 personer. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er uændret siden 2010 (tabel 3.57). I løbet af 2012 har

19.500 personer fået konstateret forhøjet blodtryk, svarende til 1,7 % af befolkningen.

Køn og alder: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lidt højere blandt kvinder sammenlignet med mænd, mens der ikke er forskel mellem mænd og kvinder i andelen, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk stiger med stigende alder. Således har over halvdelen af borgerne på 65-79 år og tre ud af fire borgere over 80 år forhøjet blodtryk, mens det er mindre end én ud af 100 blandt borgere under 35 år. Tilsvarende tendens ses for borgere, der har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af forhøjet blodtryk. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har forhøjet blodtryk. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er tre til fem gange større blandt førtidspensionister og pensionister sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012.

Tabel 3.57 Borgere med forhøjet blodtryk 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	20	282.800	0	1,7	19.500	0
Køn						
Mand	18	125.400	1	1,7	9.400	0
Kvinde	22	157.400	0	1,8	10.100	0
Alder						
16-24 år	1	1.100	1	0,1	300	0
25-34 år	1	3.500	0	0,3	700	0
35-44 år	5	11.800	0	0,8	2.000	0
45-54 år	15	36.700	-1	2,1	4.300	0
55-64 år	34	64.900	0	3,9	4.900	0
65-79 år	54	115.600	1	5,9	5.600	-1
80+ år	73	49.200	3	9,3	1.700	-1
Uddannelse						
Under uddannelse	1	2.100	0	0,2	400	0
Grundskole og gymnasial	27	95.200	2	2,3	6.200	-1
Erhvervsfaglig	28	103.800	2	2,6	6.800	0
Kort og mellemlang videreg.	19	48.700	1	1,8	3.600	0
Lang videregående	13	20.900	1	1,2	1.700	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	12	95.100	1	1,3	9.200	0
Arbejdsløs	12	2.900	3	1,5	300	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	14	7.500	2	1,7	800	0
Førtidspensionist	35	19.400	1	3,8	1.400	0
Pensionist	60	151.800	3	6,4	7.100	-1
Samlevsstatus (25+ årige)						
Enlig	26	125.200	1	2,3	8.000	-1
Samlevende	21	156.500	0	2,0	11.200	0
Etnisk baggrund						
Danmark	22	255.200	1	1,8	16.900	0
Andre vestlige lande	12	10.300	-1	1,2	800	0
Ikke-vestlige lande	11	17.200	1	1,4	1.800	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk, eller andelen, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk, eller andelen, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012, er dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

Der er stort set ingen ændring i forekomsten af forhøjet blodtryk fra 2010 til 2013 eller i andelen, som har fået konstateret forhøjet blodtryk inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper. Dog ses mindre stigninger blandt borgere på 80 år eller derover samt blandt arbejdsløse og pensionister.

Forhøjet blodtryk i planlægningsområderne

Forekomsten af forhøjet blodtryk varierer fra 15 % i planlægningsområde Byen til 24 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.58). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af forhøjet blodtryk er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Nord, Midt og Byen.

Andelen af nye tilfælde af forhøjet blodtryk varierer fra 1,3 % i planlægningsområde Byen til 2,2 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.59). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af forhøjet blodtryk højere end regionsgennemsnittet

i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med forhøjet blodtryk steget med 16.300 personer i regionen som helhed (tabel 3.58). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområderne Nord og Syd, hvor forekomsten er steget med 5.000 personer. I samme periode er antallet af borgere, der har fået konstateret forhøjet blodtryk inden for det seneste år, faldet med 2.030 personer (tabel 3.59). Antallet er faldet i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor 570 færre personer har fået konstateret forhøjet blodtryk i løbet af 2012.

Tabel 3.58 Borgere med forhøjet blodtryk i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	20	282.800		16.300
Planlægningsområde Nord	24	61.300	*	5.000
Planlægningsområde Midt	22	78.800	*	3.600
Gentofte Hospital	21	31.200	*	800
Herlev Hospital	23	47.600	*	2.800
Planlægningsområde Syd	19	78.400	*	5.000
Amager Hospital	18	24.800	*	1.600
Glostrup Hospital	23	24.900	*	2.000
Hvidovre Hospital	18	28.700	*	1.500
Planlægningsområde Byen	15	53.800	*	1.900
Bispebjerg Hospital	14	33.900	*	1.400
Frederiksberg Hospital	17	19.900	*	500

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.59 Borgere, som har fået konstateret forhøjet blodtryk i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,7	19.500		-2.030
Planlægningsområde Nord	2,2 *	4.100		-480
Planlægningsområde Midt	1,9 *	5.100	*	-420
Gentofte Hospital	1,7 *	1.900	*	-270
Herlev Hospital	2,0 *	3.200		-140
Planlægningsområde Syd	1,7 *	5.600	*	-570
Amager Hospital	1,6 *	1.900	*	-30
Glostrup Hospital	2,1 *	1.700	*	-270
Hvidovre Hospital	1,6 *	2.100	*	-270
Planlægningsområde Byen	1,3 *	3.900	*	-490
Bispebjerg Hospital	1,2 *	2.600	*	-320
Frederiksberg Hospital	1,4 *	1.300	*	-170

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.4.2 Forhøjet kolesterol

Forhøjet kolesterol er en risikofaktor for hjertekarsygdomme. Kolesterolniveauet i blodet påvirkes af fedtindholdet i kosten og fysisk aktivitet. Forhøjet kolesterol ses ofte i forbindelse med kroniske sygdomme som diabetes og hjertekarsygdomme.

Forekomsten af forhøjet kolesterol afhænger af hvordan risikofaktoren defineres. I denne rapport er borgere med forhøjet kolesterol identificeret via Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen (se kapitel 1).

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne forhøjet kolesterol, svarende til 173.600 personer. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol er stort set uændret siden 2010 (tabel 3.60). I løbet af 2012 har 15.300 personer fået konstateret forhøjet kolesterol, svarende til 1,2 % af befolkningen.

Køn og alder: Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder i andelen af borgere, som har forhøjet kolesterol, eller i andelen, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol stiger med stigende alder. Således har mere end hver tredje borger over 65 år forhøjet kolesterol, mens det stort set ikke forekommer blandt borgere under 35 år. Tilsvarende tendens ses for borgere, der har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forekomsten af forhøjet kolesterol. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har forhøjet kolesterol. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol er mere end dobbelt så stor blandt borgere med og grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol er tre til fem gange større blandt førtidspensionister og pensionister sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper. Tilsvarende tendenser for uddannelse og erhvervstilknytning ses for andelen af borgere, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen forskel i andelen af borgere med forhøjet kolesterol, eller i andelen, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012 mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med forhøjet kolesterol, eller andelen, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012, er næsten dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Tabel 3.60 Borgere med forhøjet kolesterol 1. januar 2013, og borgere, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012

	Prævalens			Incidens		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	173.600	1	1,2	15.300	0
Køn						
Mand	13	88.900	2	1,3	7.900	-1
Kvinde	12	84.700	2	1,2	7.500	0
Alder						
16-24 år	0	200	0	0,0	100	0
25-34 år	0	1.100	0	0,1	300	0
35-44 år	2	5.400	0	0,5	1.100	-1
45-54 år	8	20.300	0	1,4	3.100	-1
55-64 år	22	42.600	2	3,0	4.500	0
65-79 år	37	79.400	4	3,9	5.100	-1
80+ år	37	24.700	8	2,8	1.200	0
Uddannelse						
Under uddannelse	0	700	0	0,1	100	0
Grundskole og gymnasial	17	59.600	3	1,7	5.200	0
Erhvervsfaglig	18	66.300	3	1,9	5.700	0
Kort og mellemlang videreg.	11	28.900	2	1,2	2.600	0
Lang videregående	7	12.200	0	0,8	1.100	0
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	7	54.900	1	0,9	6.600	0
Arbejdsløs	8	1.900	3	1,2	300	0
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	8	4.400	2	1,3	700	0
Førtidspensionist	25	13.500	4	2,8	1.200	0
Pensionist	38	95.500	6	3,6	6.200	0
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	15	71.300	2	1,5	6.200	0
Samlevende	14	102.100	2	1,5	9.100	-1
Etnisk baggrund						
Danmark	13	154.400	2	1,3	13.100	-1
Andre vestlige lande	8	6.400	1	0,8	600	0
Ikke-vestlige lande	8	12.900	1	1,2	1.600	0

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010 til 2013:

De største ændringer i andelen af borgere, som har forhøjet kolesterol fra 2010 til 2013 ses blandt borgere over 65 år, førtidspensionister og pensionister. Der er stort set ingen ændring i andelen, som har fået konstateret forhøjet kolesterol inden for det seneste år, i de forskellige sociodemografiske grupper.

Forhøjet kolesterol i planlægningsområderne

Forekomsten af forhøjet kolesterol varierer fra 8 % i planlægningsområde Byen til 16 % i planlægningsområde Nord (tabel 3.61). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af forhøjet kolesterol er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Andelen af nye tilfælde af forhøjet kolesterol varierer fra 0,9 % i planlægningsområde Byen til 1,6 % i planlægnings-

område Nord (tabel 3.62). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er andelen af nye tilfælde af forhøjet kolesterol højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af borgere med forhøjet kolesterol steget med 27.500 personer i regionen som helhed (tabel 3.61). Antallet er steget i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Syd, hvor forekomsten er steget med 8.100 personer. I samme periode er antallet af borgere, der har fået konstateret forhøjet kolesterol inden for det seneste år faldet med 2.440 personer (tabel 3.62). Antallet er faldet i alle planlægningsområderne, men mest i planlægningsområde Midt, hvor 910 personer færre har fået konstateret forhøjet kolesterol i løbet af 2012 sammenlignet med 2010.

Tabel 3.61 Borgere med forhøjet kolesterol i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	12	173.600		27.500
Planlægningsområde Nord	16 *	39.400		7.400
Planlægningsområde Midt	14 *	48.500	*	6.200
Gentofte Hospital	13 *	18.800	*	2.200
Herlev Hospital	14 *	29.700	*	4.000
Planlægningsområde Syd	12 *	48.000	*	8.100
Amager Hospital	10 *	14.200	*	2.500
Glostrup Hospital	15 *	16.500	*	3.000
Hvidovre Hospital	11 *	17.300		2.600
Planlægningsområde Byen	8 *	31.000	*	4.600
Bispebjerg Hospital	8 *	19.300	*	3.200
Frederiksberg Hospital	10 *	11.800	*	1.600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

Tabel 3.62 Borgere, som har fået konstateret forhøjet kolesterol i planlægningsområderne i løbet af 2012

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	1,2	15.300		-2.440
Planlægningsområde Nord	1,6 *	3.400		-720
Planlægningsområde Midt	1,3 *	3.800	*	-910
Gentofte Hospital	1,1 *	1.400	*	-470
Herlev Hospital	1,4 *	2.400		-440
Planlægningsområde Syd	1,3 *	4.500	*	-660
Amager Hospital	1,1 *	1.400		-170
Glostrup Hospital	1,7 *	1.500	*	-240
Hvidovre Hospital	1,1 *	1.600		-260
Planlægningsområde Byen	0,9 *	3.000	*	-220
Bispebjerg Hospital	0,9 *	1.900	*	-230
Frederiksberg Hospital	1,0 *	1.100	*	20

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

3.4.3 Moderat og svær overvægt

Overvægt er en vigtig indikator for, om man er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom. Som med andre biologiske mål, såsom blodtryk og kolesterol, er overvægt ofte betinget af den enkeltes sundhedsadfærd i form af rygning, fysisk aktivitet, madvaner og alkoholforbrug.

Forekomsten af overvægt afhænger af, hvordan tilstanden defineres. I denne rapport anvendes spørgeskemadata. Overvægt defineres ud fra WHO's vægtklasser på baggrund af BMI. Moderat overvægt defineres som BMI 25,0 - < 30,0, mens svær overvægt defineres som BMI \geq 30,0 (se kapitel 1). Der opgøres kun tal for prævalens.

I Region Hovedstaden er 30 % af borgerne moderat overvægtige, svarende til 410.900 personer, mens 11 % er svært overvægtige, svarende til 154.600 borgere. Andelen af moderat og svært overvægtige borgere er uændret siden 2010 (tabel 3.63). Andelen af overvægtige var også uændret fra 2007 til 2010. Det tyder på, at udviklingen i andelen af overvægtige borgere er stagneret.

Køn og alder: Andelen af moderat overvægtige er større blandt mænd sammenlignet med kvinder. Der er ingen forskel mellem kønnene i andelen af svært overvægtige. Der ses en aldersgradient for både moderat og svær overvægt, hvor andelen af overvægtige borgere stiger med alderen frem til 65 års alderen. Herefter flader forekomsten ud og falder igen i gruppen af borgere over 80 år. Dette fald kan skyldes, at de overvægtige borgere dør tidligere af følgesygdomme, eller at der

blandt de ældste er flere borgere med kronisk sygdom, der fører til sygdomsrelaterede vægttab.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Forekomsten af overvægt er højere blandt borgere med korte uddannelser sammenlignet med borgere med lange uddannelser. Der ses en tydelig social gradient i forekomsten af svær overvægt. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af svært overvægtige borgere. Andelen af svært overvægtige borgere er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere, som er moderat overvægtige, er næsten ens for alle borgere i den erhvervsaktive alder. Dog er andelen mindre blandt langtidssyge borgere. Andelen af svært overvægtige er størst blandt borgere, som er i den erhvervsaktive alder og udenfor arbejdsmarkedet. Mens hver tiende borger i beskæftigelse er svært overvægtig, gælder det for mere end hver femte borger, som er langtidssyg eller førtidspensionist. Antallet af moderat og svært overvægtige er dog størst blandt borgere i beskæftigelse.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som er moderat overvægtige er størst blandt samlevende, mens andelen af svært overvægtige er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Tabel 3.63 Borgere, som er moderat eller svært overvægtige 1. januar 2013

	Moderat overvægt			Svært overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	30	410.900	0	11	154.600	0
Køn						
Mand	38	246.100	0	11	74.800	0
Kvinde	24	164.800	1	11	79.700	-1
Alder						
16-24 år	14	26.700	-1	4	8.300	-1
25-34 år	24	55.500	1	7	17.300	-1
35-44 år	30	73.600	-2	11	26.700	0
45-54 år	36	83.800	0	14	33.600	0
55-64 år	38	70.800	0	17	31.600	1
65-79 år	39	80.300	0	15	30.800	0
80+ år	34	20.200	3	11	6.200	1
Uddannelse						
Under uddannelse	16	35.700	0	4	9.700	0
Grundskole og gymnasial	34	98.400	1	17	48.300	1
Erhvervsfaglig	38	128.800	2	16	52.600	1
Kort og mellemlang videreg.	31	83.000	0	10	27.500	0
Lang videregående	27	50.200	-1	6	10.600	1
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	32	251.200	1	11	85.300	1
Arbejdsløs	33	6.600	-1	16	3.300	2
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	26	10.700	-4	21	8.500	0
Førtidspensionist	33	13.400	1	27	10.700	1
Pensionist	38	95.600	1	14	36.300	0
Samlevsstatus (25+ årige)						
Enlig	30	140.100	0	14	62.400	1
Samlevende	35	244.000	1	12	83.900	0
Etnisk baggrund						
Danmark	30	342.800	0	11	129.600	0
Andre vestlige lande	31	30.600	3	9	8.500	1
Ikke-vestlige lande	31	37.300	-1	14	16.300	0

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

Etnisk baggrund: Der er stort set ingen forskel i andelen af moderat overvægtige borgere med forskellig etnisk baggrund. Andelen af svært overvægtige borgere er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Antallet af moderat og svært overvægtige er dog størst blandt borgere med dansk baggrund.

Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013: Ligesom i regionen som helhed er andelen af moderat og svært overvægtige borgere ikke ændret væsentligt siden 2010 i de forskellige sociodemografiske grupper.

Moderat og svært overvægt i planlægningsområderne
Forekomsten af moderat overvægt varierer fra 26 % i planlægningsområde Byen til 34 % i planlægningsområde Nord mens forekomsten af svært overvægt varierer fra 9 % i planlægningsområde Byen til 13 % i planlægningsområderne

Nord og Syd (tabel 3.64 og 3.65). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af moderat overvægt er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Nord og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Syd afviger ikke fra regionsgennemsnittet (tabel 3.64). For svært overvægt ses det, at efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne, er forekomsten højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i planlægningsområderne Midt og Byen. Planlægningsområde Nord afviger ikke fra regionsgennemsnittet (tabel 3.65).

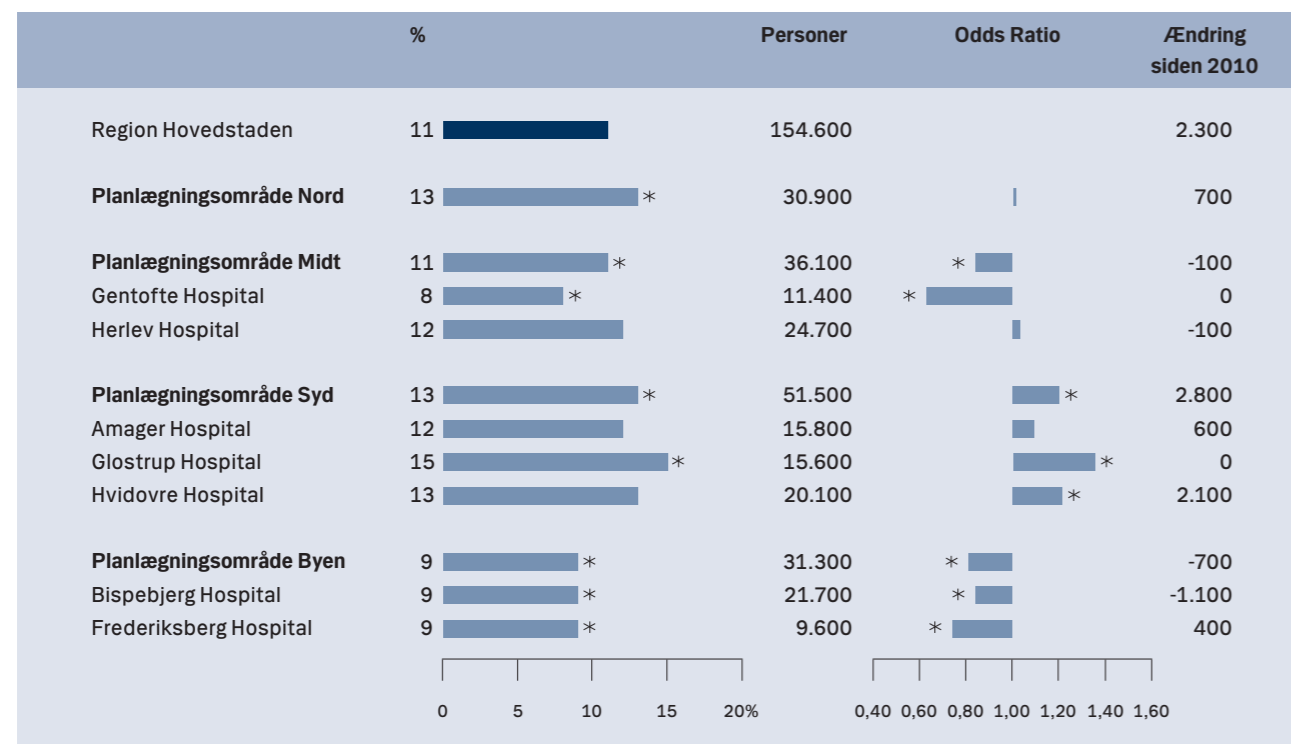
Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er antallet af moderat overvægtige borgere og svært overvægtige ikke ændret væsentligt i regionen som helhed i forhold til det totale antal af overvægtige borgere (tabel 3.64 og tabel 3.65).

Tabel 3.64 Borgere med moderat overvægt i planlægningsområderne 1. januar 2013

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	30	410.900		8.200
Planlægningsområde Nord	34	83.400	*	2.300
Planlægningsområde Midt	31	104.400	*	2.400
Gentofte Hospital	27	37.500	*	0
Herlev Hospital	34	66.800	*	2.300
Planlægningsområde Syd	31	120.800		900
Amager Hospital	30	40.100		700
Glostrup Hospital	34	34.900	*	-700
Hvidovre Hospital	30	45.800		900
Planlægningsområde Byen	26	91.000	*	3.100
Bispebjerg Hospital	25	59.500	*	2.500
Frederiksberg Hospital	28	31.500	*	600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er planlægnings/hospitalsoptage områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er planlægnings/hospitalsoptage områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra spørgeskema

Tabel 3.65 Borgere med svær overvægt i planlægningsområderne 1. januar 2013



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er planlægnings/hospitalsoptage områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er planlægnings/hospitalsoptage områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra spørgeskema



Kapitel 4

Forbrug af sundhedsydelser



4 Forbrug af sundhedsydelse

- Borgere med kronisk sygdom har forventeligt et højere forbrug af sundhedsydelse sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Men der er forskel på kontaktmønstrene for de forskellige sygdomme.
- Andelen af kontakter stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.
- Blandt borgere med diabetes, hjertesygdom (F), KOL og 3 eller flere sygdomme ses generelt et højere forbrug af sundhedsydelse i praksissektoren i planlægningsområderne Nord og Midt, mens forbruget af sundhedsydelse i hospitalssektoren er højere i planlægningsområderne Syd og Byen.

Størstedelen af danskerne (95 %) er i kontakt med sundhedsvæsenet hvert år enten via hospitalet, egen læge, speciallæger eller tandlæger. Udgifterne til sundhedsvæsenet er stigende - fra 2006 til 2012 steg aktiviteten i det danske sundhedsvæsen med hele 30 % [31].

I dette kapitel opgøres forbruget af sundhedsydelse i Region Hovedstaden blandt borgere med kroniske sygdomme. Forbruget opgøres blandt de sygdomsgrupper, som er opgjort i kapitel 3. Forbruget af sundhedsydelse opgøres som forskellige typer af kontakter til henholdsvis praksissektor og hospitalssektor.

Kontakter til praksissektor omfatter:

- Kontakter til almen praksis
- Årskontrol ved almen praksis
- Kontakt til vagtlæge
- Kontakt til speciallægepraksis

Kontakter til hospitalssektor omfatter:

- Indlæggelser
- Sengedage
- Genindlæggelser
- Forebyggelige indlæggelser
- Ambulante kontakter
- Skadestuebesøg

Forbruget af sundhedsydelse opgøres desuden på tværs af planlægningsområder blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom ud fra definitionen i forløbsprogrammet (hjertesygdom (F)), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Kapitlet indeholder ikke ændringer over tid i borgernes forbrug af sundhedsydelse. Disse vil blive opgjort i en række tidsserieanalyser, som offentliggøres på et senere tidspunkt.

Der er ikke tale om diagnose-specifikke kontakter. Alle kontakter blandt borgere med en givent kronisk sygdom er opgjort, uanset om kontakten har med den pågældende diagnose at gøre. Hvis en borger har flere diagnoser, eksempelvis allergi og diabetes, så vil den samme kontakt opgøres for begge diagnoser.

Resultater for multisygdom angives for multisygdom (12 sygdomme), hvor forekomsten baseres alene på registeroplysninger. Dette skyldes at vi ikke har spørgeskemaoplysninger om forbrug af sundhedsydelse (se kapitel 1).

Oplysningerne om forbrug af sundhedsydelse stammer fra:

- Sygesikringsregisteret via Danmarks Statistik
- Landspatientregisteret (LPR) og Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) via Statens Serum Institut (se kapitel 1)

På forskningscentrets hjemmeside kan følgende materiale findes:

- Et udvalg af kommunetabeller
- Et udvalg af planlægningsområdetabeller

4.1. Borgere med kontakt til almen praksis og speciallægepraksis

Ifølge Danmarks Statistik havde danskerne næsten 20 millioner kontakter til almen praksis og 5 millioner kontakter til speciallægepraksis i 2013 [32]. Blandt borgerne i Region Hovedstaden har ca. 80 % været hos egen læge inden for det seneste år [2].

I det følgende beskrives kontakter til almen praksis og speciallægepraksis samt årskontrol i almen praksis. Kontakter

4.1.1 Kontakter til almen praksis

Halvdelen af borgerne i Region Hovedstaden har i 2012 0-4 kontakter til almen praksis, mens hver fjerde har henholdsvis 5-9 kontakter eller mindst 10 kontakter (tabel 4.1). Ser man på borgerne uden kronisk sygdom ses, at næsten to tredjedele har 0-4 kontakter, mens hver sjette har mindst ti kontakter. Med undtagelse af hyppig hovedpine/migræne ses for alle de kroniske sygdomme, at flertallet af borgerne med kronisk sygdom har mindst 10 kontakter i 2012. Der er en tydelig tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger

til almen praksis er inklusiv email-konsultation, telefon-konsultation og hjemmebesøg, men eksklusiv vagtlægekontakt. Kontakter til speciallægepraksis er inklusiv ørelæge, øjenlæge, hudlæge, psykiater med flere, men eksklusiv gynækolog, da det kun omfatter kvinder.

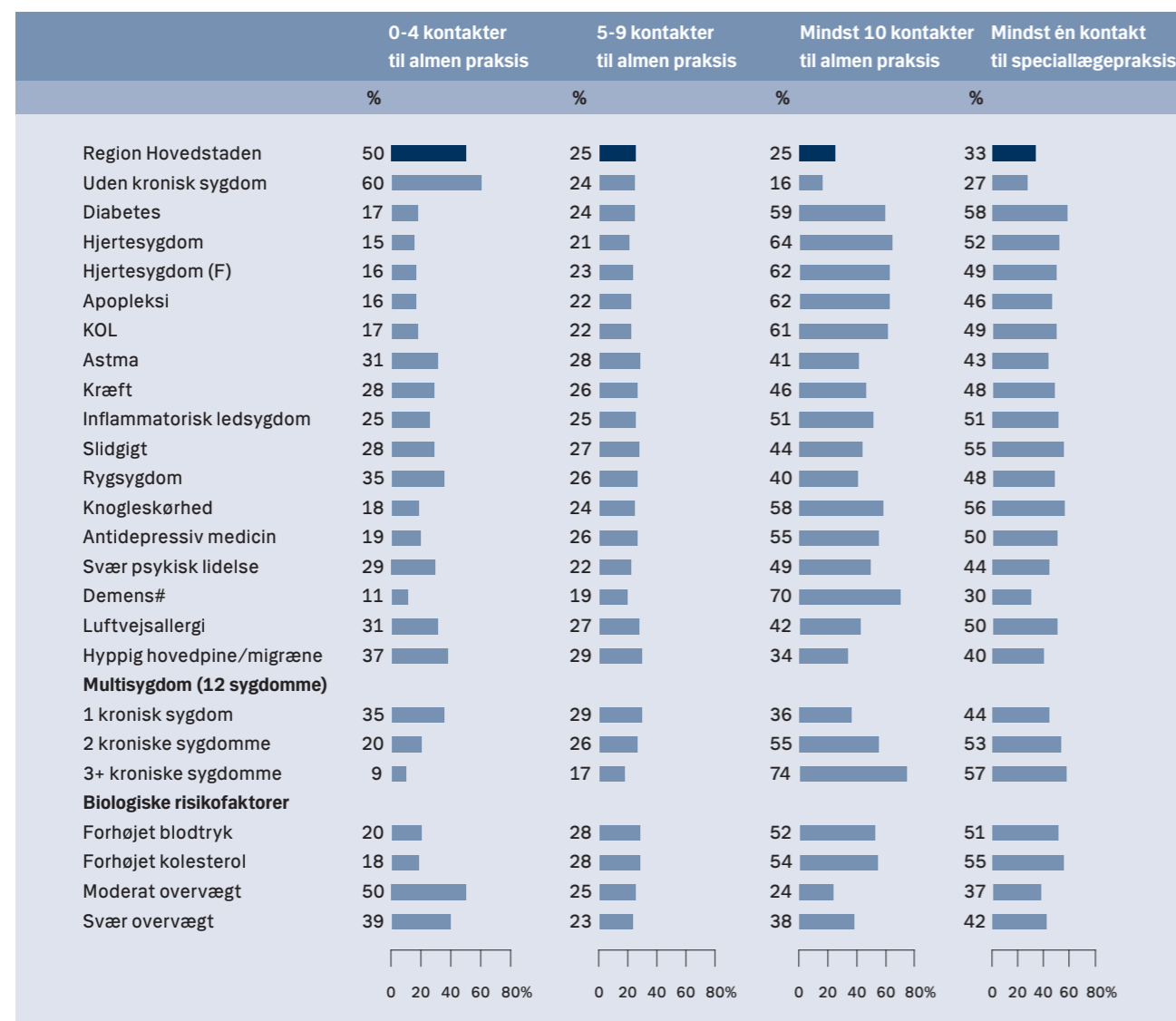
har, jo flere kontakter har borgeren til almen praksis. Således har hver tredje borger med mindst 1 kronisk sygdom mindst 10 kontakter, mens det gælder hver anden med 2 kroniske sygdomme og tre ud af fire med 3 eller flere kroniske sygdomme. For de biologiske risikofaktorer ses, at halvdelen af borgerne med forhøjet blodtryk og kolesterol har mindst 10 kontakter, hvorimod borgere med moderat overvægt har samme kontaktmønster til almen praksis som borgere i Region Hovedstaden som helhed.

4.1.2 Kontakt til speciallægepraksis

Hver tredje borger i Region Hovedstaden har mindst én kontakt til speciallægepraksis i 2012 (tabel 4.1). Andelen med kontakt er størst blandt borgere med diabetes, knogleskørhed og slidgigt. Andelen med kontakt til speciallægepraksis stiger, jo flere kro-

niske sygdomme en borger har. For de biologiske risikofaktorer ses den største andel med kontakt til speciallægepraksis blandt borgere med forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol.

Tabel 4.1 Borgere med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i 2012



Resultaterne for slidigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

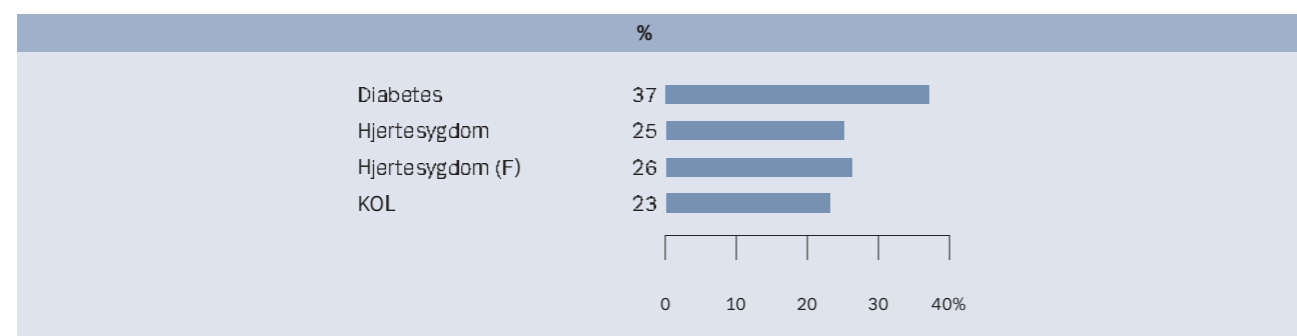
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

4.1.3 Årskontrol i almen praksis

Langt de fleste borgere med diabetes, hjertesygdom og KOL skal have årlig kontrol i almen praksis i henhold til den stratificering, der er beskrevet i forløbsprogrammerne. Hver tredje borger med diabetes, hver fjerde med hjertesygdom og

hver femte borger med KOL har været til årskontrol (tabel 4.2). Herudover har næsten hver femte borger med KOL (18 %) fået foretaget en spirometri i almen praksis (resultater ikke vist).

Tabel 4.2 Årskontrol i almen praksis i 2012



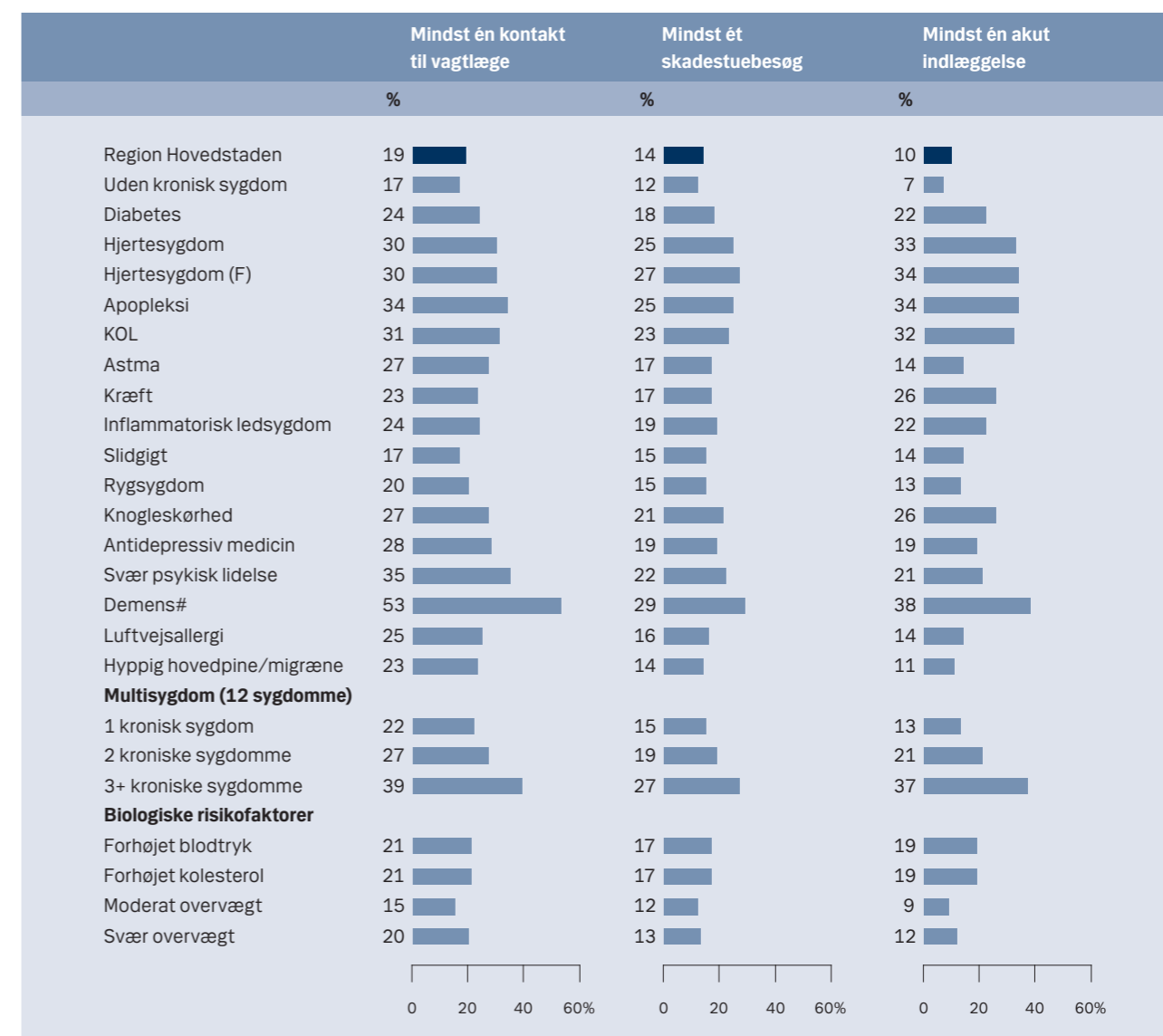
4.2 Borgere med mindst én akut somatisk kontakt

I det følgende beskrives akutte somatiske kontakter i 2012. Der skelnes mellem kontakt til vagtlæge, besøg på skadestue og akutte indlæggelser. Ifølge Danmarks Statistik og Danske Regioner har danskerne årligt 900.000 skadestuebesøg, ca. 1,1 mio. somatiske indlæggelser og 50.000 psykiatriske indlæggelser på de danske hospitaler [31;32].

I 2012 har hver femte borger i Region Hovedstaden mindst én kontakt til vagtlæge, hver syvende borger har mindst ét skadestuebesøg, mens hver tiende borger har mindst én akut indlæggelse (tabel 4.3). Andelen af kontakter er lidt lavere for

borgere uden kronisk sygdom. For alle tre typer kontakter er andelen af borgere med kontakter størst blandt borgere med demens. Desuden har en stor andel af borgere med apopleksi og svær psykisk lidelse kontakt til vagtlæge og en stor andel af borgere med hjertesygdom og apopleksi har skadestuebesøg og akutte indlæggelser i løbet af 2012. For alle tre typer af kontakter ses, at andelen, der har mindst én kontakt stiger, jo flere kroniske sygdomme en borger har. For de biologiske risikofaktorer ses, at især borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol har akutte somatiske kontakter.

Tabel 4.3 Borgere med mindst én akut somatisk kontakt i 2012



Resultaterne for slidigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

4.3 Borgere med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse

I det følgende beskrives ambulante somatiske kontakter i 2012. Der skelnes mellem ambulante besøg, planlagte indlæggelser og akutte genindlæggelser. Herudover beskrives forebyggelige indlæggelser blandt borgere, som er 65 år eller derover. Ifølge Danske Regioner foretages hvert år 11,5 millioner ambulante somatiske behandlinger på de danske hospitaler. Derudover er der 1,1 million ambulante besøg på psykiatriske hospitaler [31].

Hver tredje borger i Region Hovedstaden har i 2012 mindst ét ambulant besøg, mens 4,6 % har mindst én planlagt indlæggelse, 1,8 % har mindst én akut genindlæggelse og 5,6 % af borgere på 65 år eller derover har mindst én forebyggelig genindlæggelse (tabel 4.4). Blandt borgere uden kronisk sygdom er andelen, som har somatiske kontakter, lavere end for borgere med kronisk sygdom. Således har én ud af fem borgere

uden kronisk sygdom mindst ét ambulant besøg, 3,1 % har mindst én planlagt indlæggelse, mens meget få (henholdsvis 0,9 % og 2,4 %) har akutte eller forebyggelige indlæggelser. For borgere med kronisk sygdom gælder det, at især borgere med kræft og hjertesygdom (F) har mindst ét ambulant besøg eller én planlagt indlæggelse, mens forekomsten af mindst én akut genindlæggelse er størst blandt borgere med hjertesygdom (F), KOL og demens. Blandt borgere på 65 år eller derover ses den største andel af forebyggelige indlæggelser blandt borgere med KOL og demens. Der er en tydelig tendens til, at andelen af ambulante somatiske kontakter eller indlæggelser i 2012 stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. For de biologiske risikofaktorer ses, at især borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol har ambulante somatiske kontakter eller indlæggelser.

Tabel 4.4 Borgere med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse i 2012

	Mindst ét ambulant besøg	Mindst én planlagt indlæggelse	Mindst én akut genindlæggelse	Mindst én forebyggelig indlæggelse
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	32	4,6	1,8	5,6
Uden kronisk sygdom	23	3,1	0,9	2,4
Diabetes	60	9,7	5,1	7,5
Hjertesygdom	67	12,8	8,6	10,8
Hjertesygdom (F)	71	14,1	9,6	10,7
Apopleksi	61	10,3	8,7	11,9
KOL	63	11,1	9,1	17,0
Astma	42	6,3	2,4	7,0
Kræft	86	16,7	8,0	8,3
Inflammatorisk ledsygdom	69	11,5	5,5	8,5
Slidgigt	51	9,3	1,8	4,2
Rygsygdom	46	8,2	1,7	5,4
Knogleskørhed	68	9,2	6,3	10,8
Antidepressiv medicin	47	8,3	4,1	10,5
Svær psykisk lidelse	39	5,8	4,9	12,4
Demens#	49	3,8	9,1	15,5
Luftvejsallergi	43	6,6	2,7	6,8
Hypertension/migræne	37	5,0	1,4	6,3
Multisygdom (12 sygdomme)				
1 kronisk sygdom	43	6,3	2,3	4,7
2 kroniske sygdomme	57	9,3	4,5	8,3
3+ kroniske sygdomme	72	13,5	10,6	14,8
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	51	9,0	4,4	6,8
Forhøjet kolesterol	54	9,4	4,3	6,1
Moderat overvægt	34	5,3	1,0	2,5
Svær overvægt	42	7,5	1,6	2,9

Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover. Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

4.4 Borgere med psykisk sygdom med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor

I det følgende beskrives kontakter til den psykiatriske hospitalssektor i 2012. Der skelnes mellem besøg på psykiatrisk skadestue, ambulante besøg på psykiatrisk afdeling, samt psykiatriske indlæggelser og genindlæggelser.

En meget lille andel af borgerne i Region Hovedstaden har kontakt til den psykiatriske hospitalssektor i 2012. I alt 0,9 % af borgerne har mindst ét besøg på psykiatrisk skadestue, 1,8 % har mindst ét ambulant besøg på psykiatrisk afdeling, 0,7 %

har mindst én psykiatrisk indlæggelse og 0,1 % har mindst én psykiatrisk genindlæggelse i 2012 (tabel 4.5).

Blandt borgere uden kronisk sygdom, er der stort set ingen kontakter til den psykiatriske hospitalssektor, mens der ses en lidt større andel af kontakter blandt borgere med flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom (resultater ikke vist). Af tabel 4.5 fremgår det, at især borgere med svær psykisk lidelse har kontakter til den psykiatriske hospitalssektor i 2012.

Tabel 4.5 Borgere med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor i 2012

	Mindst ét besøg på psykiatrisk skadestue	Mindst ét ambulant besøg på psykiatrisk afdeling	Mindst én psykiatrisk indlæggelse	Mindst én psykiatrisk genindlæggelse
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	0,9	1,8	0,7	0,1
Antidepressiv medicin	2,7	4,6	1,8	0,3
Svær psykisk lidelse	12,6	32,2	11,4	2,9
Demens#	1,3	12,2	1,5	0,2

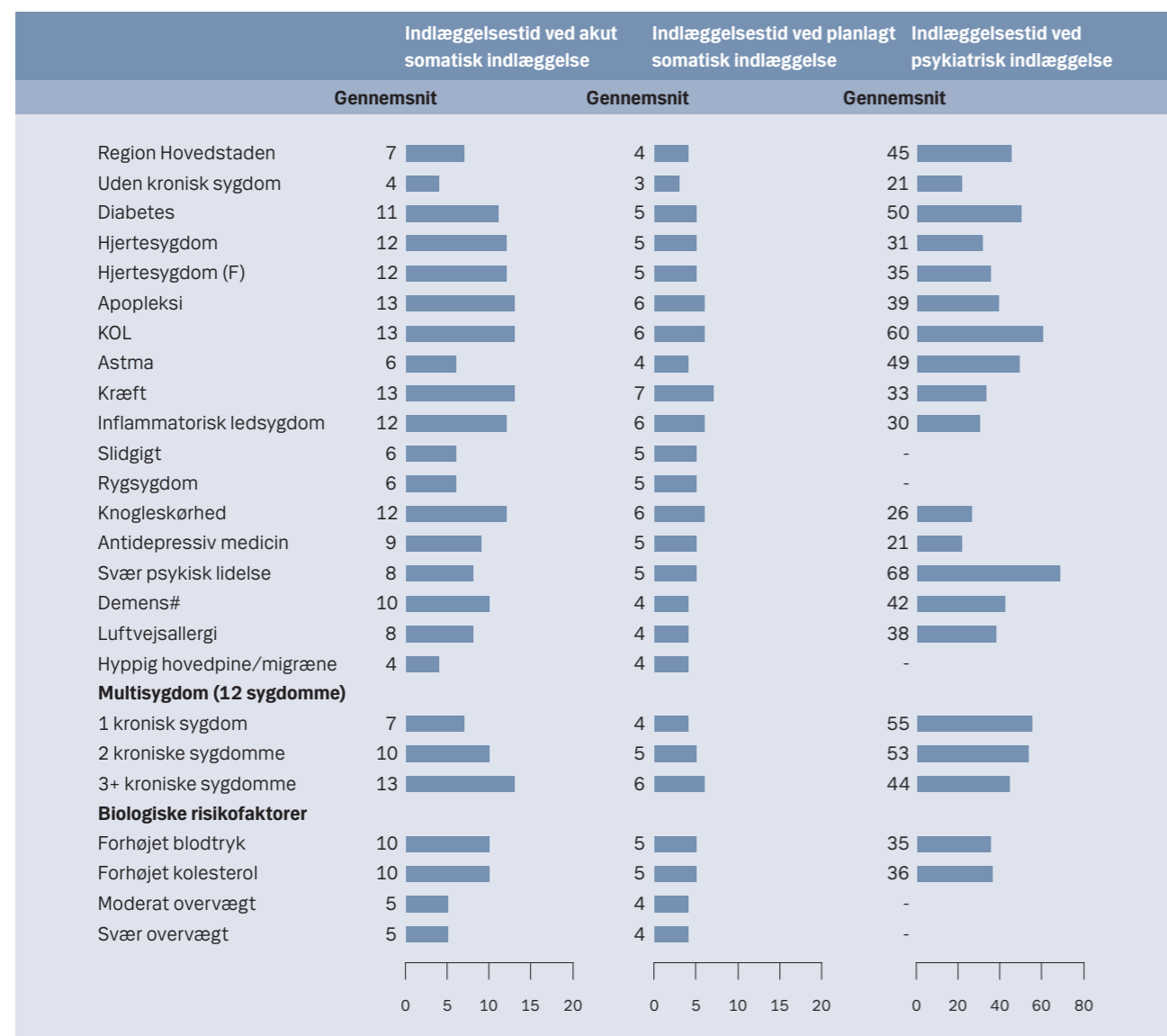
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

4.5 Gennemsnitlig indlæggelsestid

I det følgende beskrives de gennemsnitlige indlæggelsestider blandt regionens borgere. Der skelnes mellem akutte og planlagte somatiske indlæggelser samt psykiatriske indlæggelser. Borgere i Region Hovedstaden ligger i gennemsnit 7 dage ved en akut og 4 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid for en psykiatrisk indlæggelse er hele 45 dage (tabel 4.6). For borgere uden kronisk sygdom er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte og planlagte somatiske indlæggelser 3-4 dage og 21 dage for psykiatriske indlæggelser. Borgere med henholdsvis apopleksi, KOL og kræft har den længste gennemsnitlige indlæggelsestid ved akutte indlæggelser, mens der ses mindre forskelle på tværs af de forskellige kroniske sygdomme ved planlagte somatiske indlæggelser. For de psykiatriske indlæggelser har borgere med

svær psykisk lidelse en gennemsnitlig indlæggelsestid på mere end to måneder. Derudover har borgere med diabetes, KOL og astma en lang gennemsnitlig indlæggelsestid ved psykiatriske indlæggelser. Der ses en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo længere er den gennemsnitlige liggetid ved somatiske indlæggelser. For psykiatriske indlæggelser gælder det omvendte forhold, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo kortere er den gennemsnitlige indlæggelsestid. For de biologiske risikofaktorer ses, at for forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akutte somatiske indlæggelser højere end for regionen som helhed, og for psykiatriske indlæggelser lavere, mens der ikke ses nogen forskel for planlagte somatiske indlæggelser sammenlignet med regionen som helhed.

Tabel 4.6 Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage) blandt indlagte borgere



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.
- For få besvarelser af spørgeskemaet til, at der kan gives resultater

4.6 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

I det følgende beskrives forbruget af de forskellige sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i Region Hovedstadens

planlægningsområder. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, men beskrives ikke.

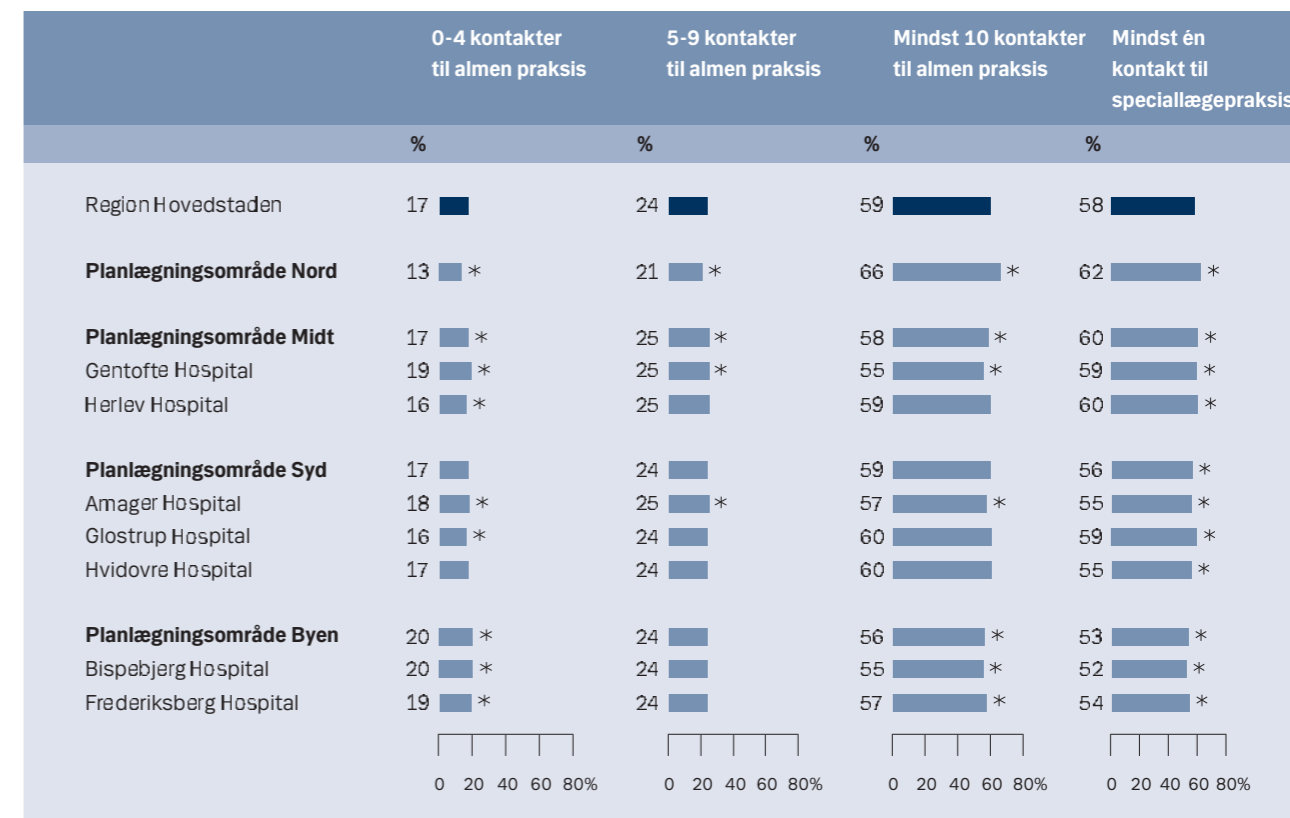
4.6.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med diabetes

Blandt borgerne med diabetes har hver sjette 0-4 kontakter til almen praksis til almen praksis, hver fjerde har 5-9 kontakter og mere end halvdelen har mindst 10 kontakter til almen praksis i løbet af 2012. Mere end halvdelen af borgerne med diabetes har mindst én kontakt til speciallægepraksis (tabel 4.7).

område Byen (tabel 4.7). Andelen af borgere med 5-9 kontakter varierer fra 21 % i planlægningsområde Nord til 25 % i planlægningsområde Midt. Endelig varierer andelen af borgere med mindst 10 kontakter fra 56 % i planlægningsområde Byen til 66 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med diabetes med mindst én kontakt til speciallægepraksis varierer fra 53 % i planlægningsområde Byen til 62 % i planlægningsområde Nord.

Andelen af borgere med diabetes, der har 0-4 kontakter varierer fra 13 % i planlægningsområde Nord til 20 % i planlægnings-

Tabel 4.7 Borgere med diabetes med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i planlægningsområderne i 2012

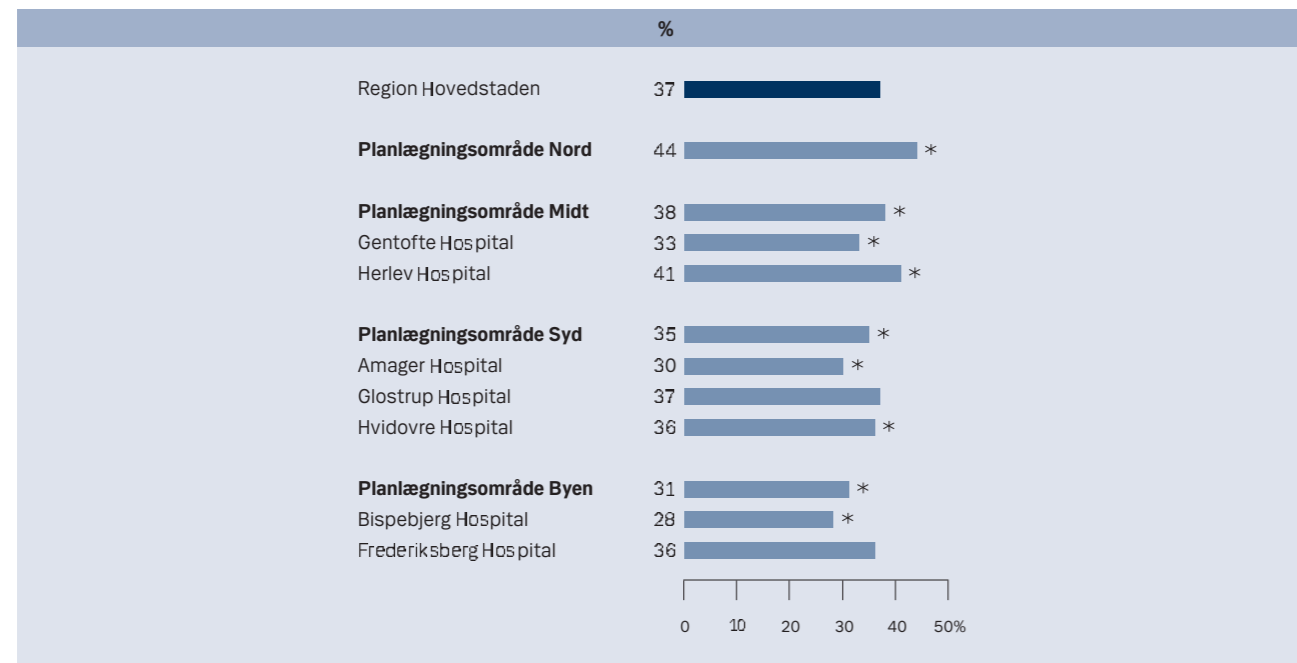


*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

I alt 37 % af borgerne med diabetes fik foretaget årskontrol i almen praksis i 2012. Andelen af borgere med diabetes, som fik foretaget årskontrol varierer fra 31 % i planlægningsområde Byen til 44 % i planlægningsområde Nord (tabel 4.8). En

del af borgerne med diabetes vil primært blive behandlet på hospitalet og få lavet deres årskontroller der (ambulant kontakt) frem for i almen praksis.

Tabel 4.8 Borgere med diabetes, som fik foretaget årskontrol i almen praksis i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

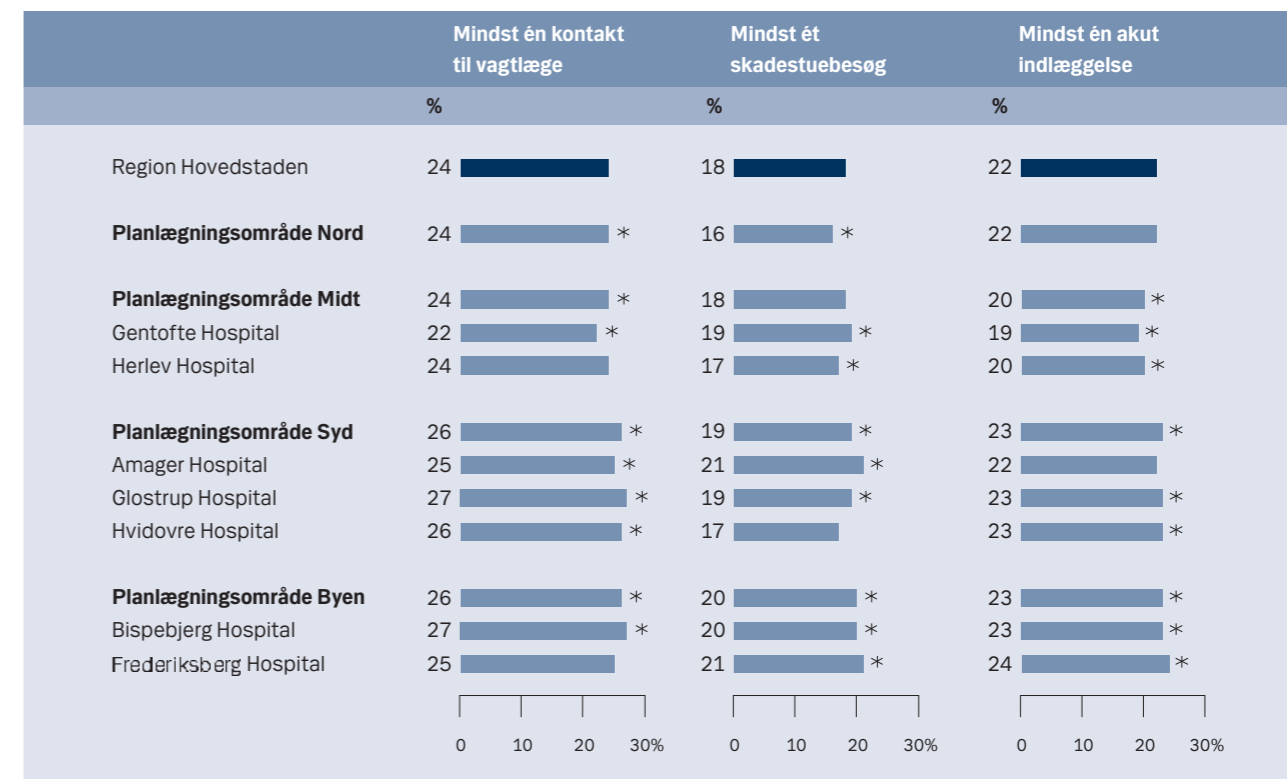
4.6.2 Borgere med diabetes med mindst én akut somatisk kontakt

Blandt borgerne med diabetes har hver fjerde mindst én kontakt til vagtlæge, næsten hver femte har mindst ét skadestuebesøg og mere end hver femte har mindst én akut indlæggelse i løbet af 2012 (tabel 4.9).

Der er stort set ingen forskel mellem planlægningsområderne i andelen af borgere med diabetes med mindst én kontakt til

vagtlæge. Andelen af borgere med mindst ét skadestuebesøg varierer fra 16 % i planlægningsområde Nord til 20 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst én akut indlæggelse varierer fra 20 % i planlægningsområde Midt til 23 % i planlægningsområderne Syd og Byen.

Tabel 4.9 Borgere med diabetes med mindst én akut somatisk kontakt i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

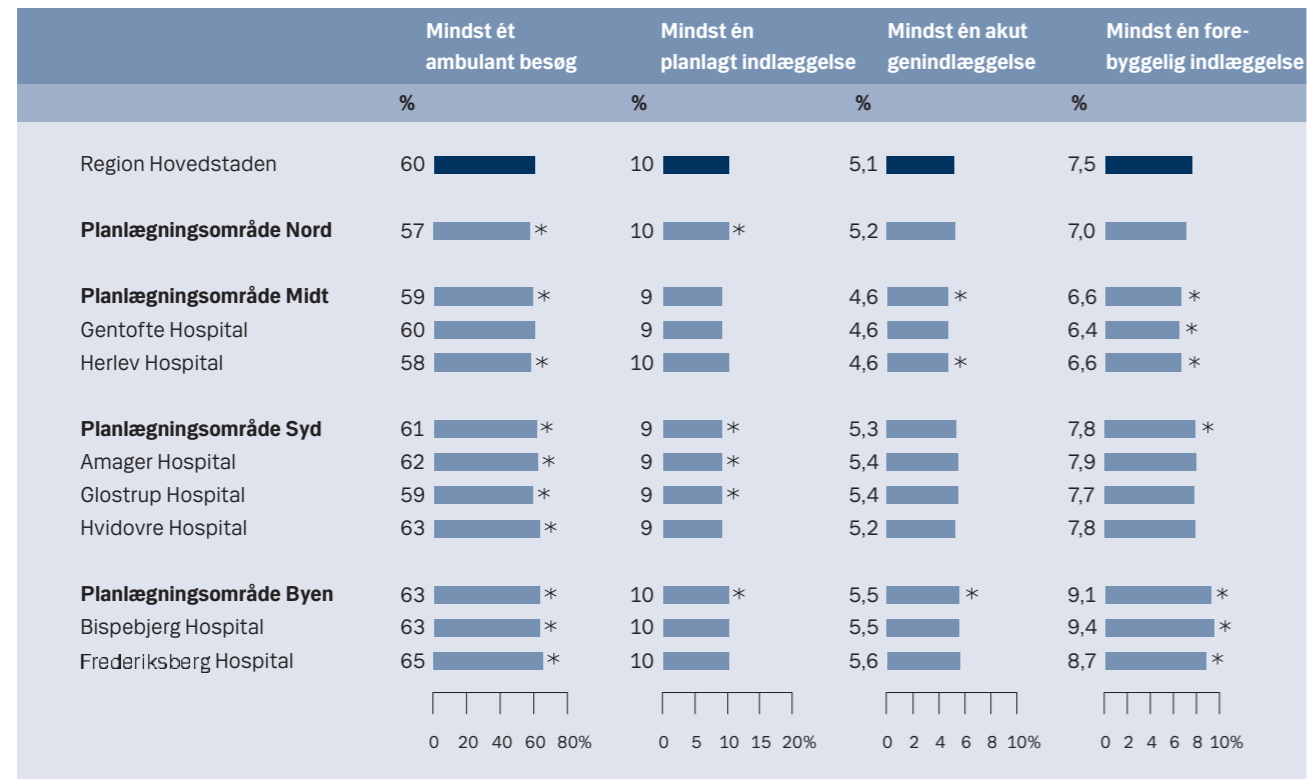
4.6.3 Borgere med diabetes med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse

Blandt borgerne med diabetes har seks ud af ti mindst ét ambulant besøg, én ud af ti har mindst én planlagt indlæggelse og én ud af tyve har én akut genindlæggelse i løbet af 2012. Blandt borgere på 65 år eller derover har 7,5 % mindst én forebyggelig genindlæggelse (tabel 4.10).

Andelen af borgere med diabetes med mindst ét ambulant besøg varierer fra 57 % i planlægningsområde Nord til 63 % i planlægningsområde Byen (tabel 4.10). Andelen med mindst

én planlagt indlæggelse varierer stort set ikke på tværs af planlægningsområderne, hvor 9-10 % af borgerne har haft en planlagt indlæggelse. Andelen af borgere med mindst én akut genindlæggelse varierer fra 4,6 % i planlægningsområde Midt til 5,5 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med diabetes på 65 år eller derover med mindst én forebyggelig indlæggelse varierer fra 6,6 % i planlægningsområde Midt til 9,1 % i planlægningsområde Byen.

Tabel 4.10 Borgere med diabetes med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover.
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

4.6.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med diabetes

Blandt borgerne med diabetes er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse 11 dage, mens den er 5 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (tabel 4.6).

Den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer stort set ikke mellem planlægningsområderne, hvor borgerne i gennemsnit er indlagt 10-12 dage ved en akut somatisk indlæggelse og 5-6 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (resultater ikke vist).

4.7 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

I det følgende beskrives forbruget af de forskellige sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom ud fra definitionen i forløbsprogrammet (hjertesygdom (F)) i Region Hovedstadens

planlægningsområder. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, men beskrives ikke.

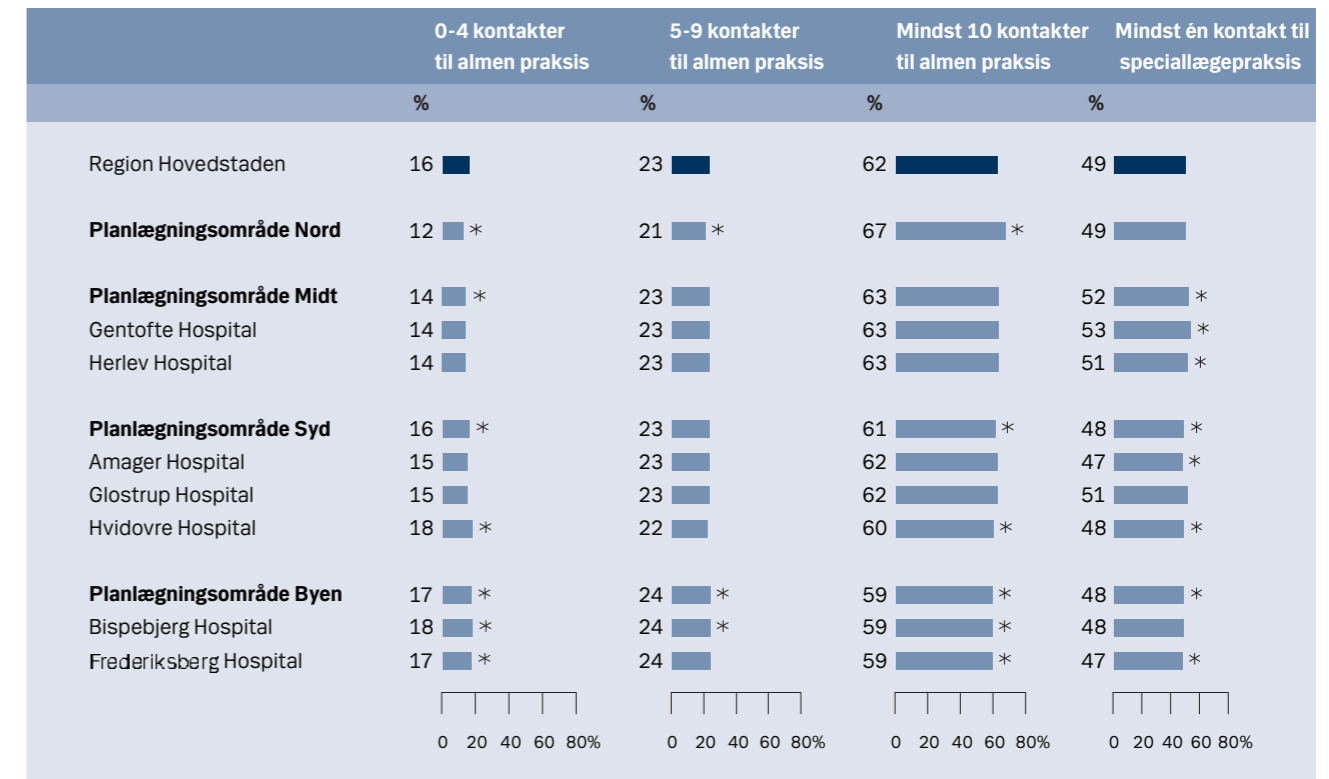
4.7.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med hjertesygdom

Blandt borgerne med hjertesygdom (F) har hver sjette 0-4 kontakter til almen praksis, hver fjerde har 5-9 kontakter og to ud af tre har mindst 10 kontakter til almen praksis i løbet af 2012. Halvdelen af borgerne med hjertesygdom (F) har mindst én kontakt til speciallægepraksis (tabel 4.11).

Andelen af borgere med hjertesygdom (F) med 0-4 kontakter til almen praksis varierer fra 12 % i planlægningsområde Nord

til 17 % i planlægningsområde Byen (tabel 4.11). Andelen af borgere med 5-9 kontakter varierer fra 21 % i planlægningsområde Nord til 24 % i planlægningsområde Byen. Endelig varierer andelen af borgere med mindst 10 kontakter fra 59 % i planlægningsområde Byen til 67 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med diabetes med mindst én kontakt til speciallægepraksis varierer fra 48 % i planlægningsområde Byen til 52 % i planlægningsområde Midt.

Tabel 4.11 Borgere med hjertesygdom (F) med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i planlægningsområderne i 2012

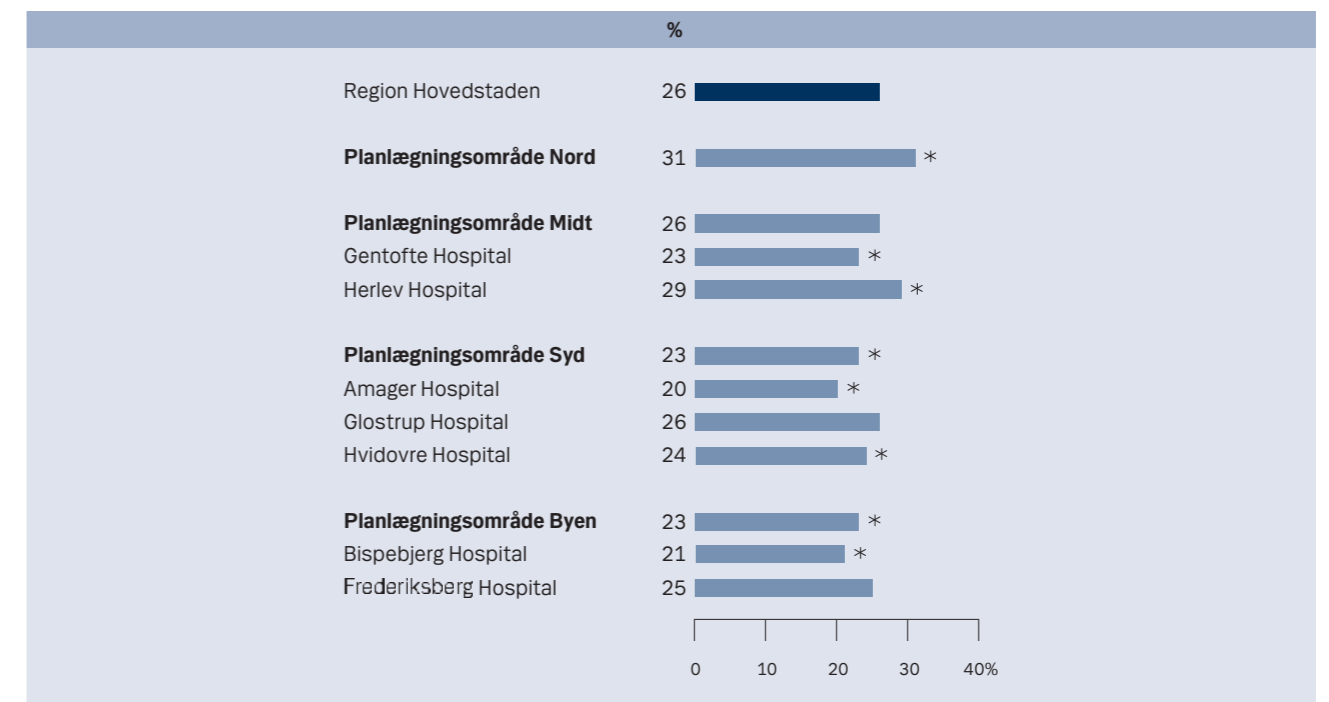


*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

I alt 26 % af borgere med hjertesygdom (F) fik foretaget årskontrol i almen praksis i 2012. Andelen af borgere med hjertesygdom (F), som fik foretaget årskontrol i almen praksis

i 2012 varierer fra 23 % i planlægningsområderne Syd og Byen til 31 % i planlægningsområde Nord (tabel 4.12).

Tabel 4.12 Borgere med hjertesygdom (F), som fik foretaget årskontrol i almen praksis i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

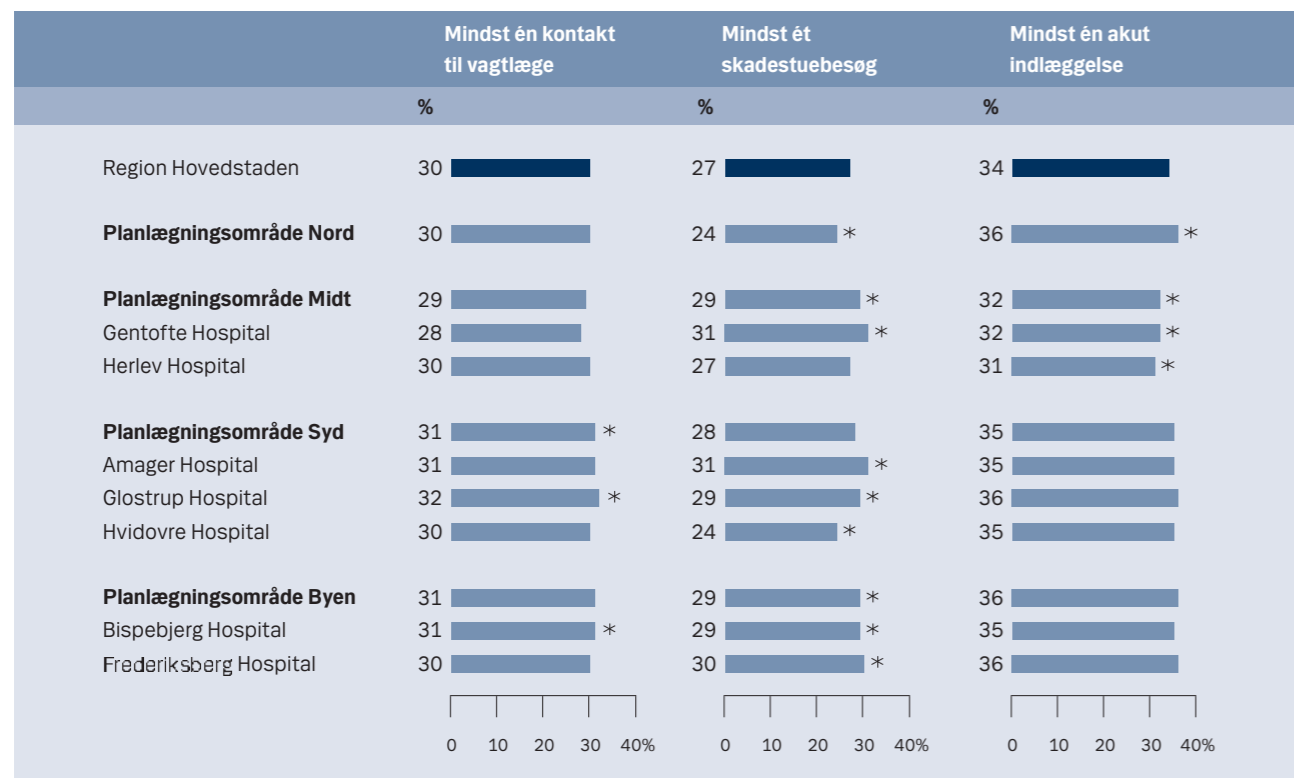
4.7.2 Borgere med hjertesygdom med mindst én akut somatisk kontakt

Blandt borgerne med hjertesygdom (F) har næsten hver tredje mindst én kontakt til vagtlæge, mere end hver fjerde har mindst ét skadestuebesøg og hver tredje har mindst én akut indlæggelse i løbet af 2012 (tabel 4.13).

Der er ikke væsentlig forskel mellem planlægningsområderne i andelen af borgere med hjertesygdom (F) med mindst én kon-

takt til vagtlæge (tabel 4.13). Andelen af borgere med mindst ét skadestuebesøg varierer fra 24 % i planlægningsområde Nord til 29 % i planlægningsområderne Midt og Byen. Andelen af borgere med mindst én akut indlæggelse varierer fra 32 % i planlægningsområde Midt til 36 % i planlægningsområderne Nord og Byen.

Tabel 4.13 Borgere med hjertesygdom (F) med mindst én akut somatisk kontakt i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

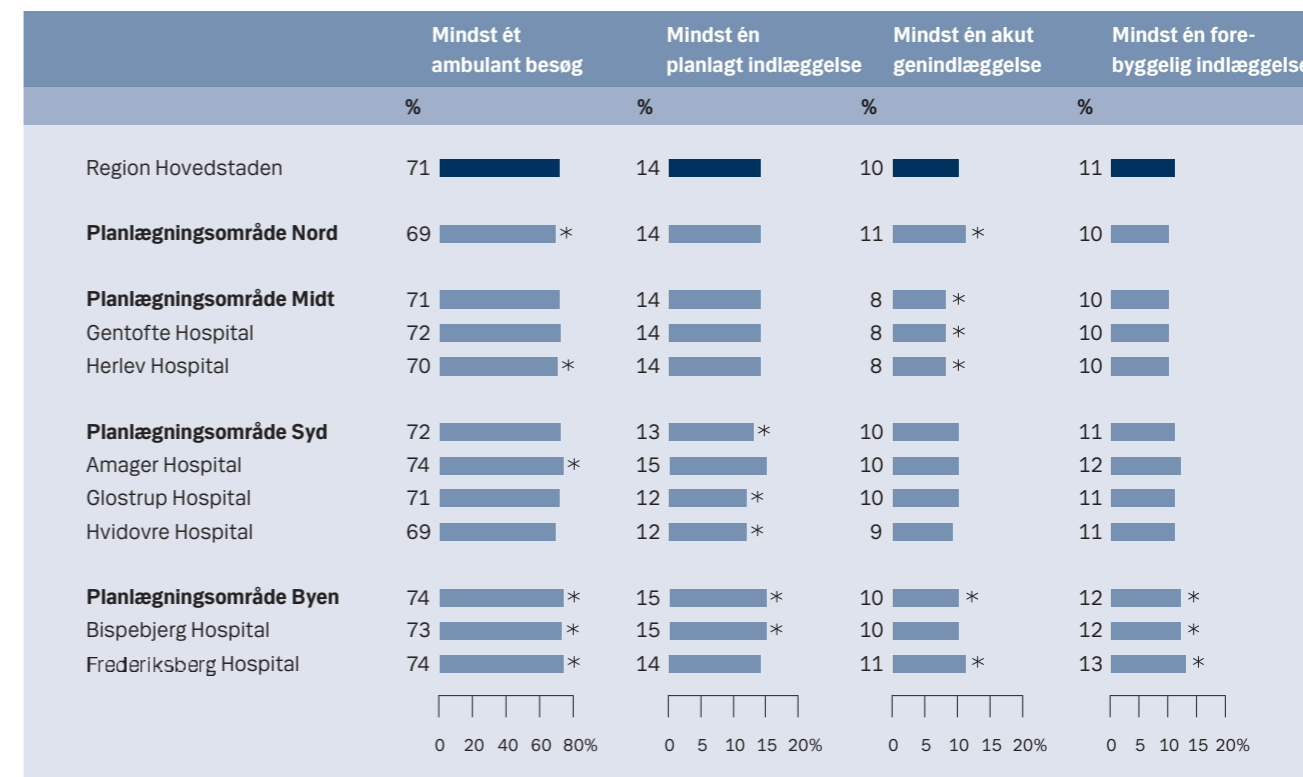
4.7.3 Borgere med hjertesygdom med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse

Blandt borgerne med hjertesygdom (F) har syv ud af ti mindst ét ambulant besøg, én ud af syv har mindst én planlagt indlæggelse og én ud af ti har én akut genindlæggelse i løbet af 2012. Blandt borgere på 65 år eller derover har én ud af ti mindst én forebyggelig genindlæggelse (tabel 4.14).

Andelen af borgere med hjertesygdom (F) med mindst ét ambulant besøg varierer fra 69 % i planlægningsområde Nord

til 74 % i planlægningsområde Byen (tabel 4.14). Andelen med mindst én planlagt indlæggelse varierer fra 13 % i planlægningsområde Syd til 15 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst én akut genindlæggelse varierer fra 8 % i planlægningsområde Midt til 11 % i planlægningsområde Nord. Andelen af forebyggelige indlæggelser blandt borgere med hjertesygdom (F) på 65 år eller derover varierer ikke væsentligt mellem planlægningsområderne.

Tabel 4.14 Borgere med hjertesygdom (F) med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover.
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

4.7.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med hjertesygdom

Blandt borgerne med hjertesygdom (F) er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse 12 dage, mens den er 5 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (tabel 4.6).

Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut eller planlagt somatisk indlæggelse blandt borgere med hjertesygdom (F) varierer stort set ikke på tværs af planlægningsområderne, hvor borgerne i gennemsnit er indlagt i 11-13 dage ved en akut somatisk indlæggelse og 5 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (resultater ikke vist).

4.8 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

I det følgende beskrives forbruget af de forskellige sundhedsydelser blandt borgere med KOL i Region Hovedstadens

planlægningsområder. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, men beskrives ikke.

4.8.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med KOL

Blandt borgerne med KOL har hver sjette 0-4 kontakter til almen praksis, hver femte har 5-9 kontakter og to ud af tre har mindst 10 kontakter til almen praksis i løbet af 2012. Halvdelen af borgerne med KOL har mindst én kontakt til speciallægepraksis (tabel 4.15).

% i planlægningsområde Byen (tabel 4.15). Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere med 5-9 kontakter mellem planlægningsområderne. Andelen af borgere med mindst 10 kontakter varierer fra 59 % i planlægningsområde Byen til 65 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med KOL med mindst én kontakt til speciallægepraksis varierer fra 46 % i planlægningsområde Byen til 52 % i planlægningsområderne Nord og Midt.

Andelen af borgere med KOL med 0-4 kontakter til almen praksis varierer fra 15 % i planlægningsområde Nord til 19

Tabel 4.15 Borgere med KOL med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i planlægningsområderne i 2012

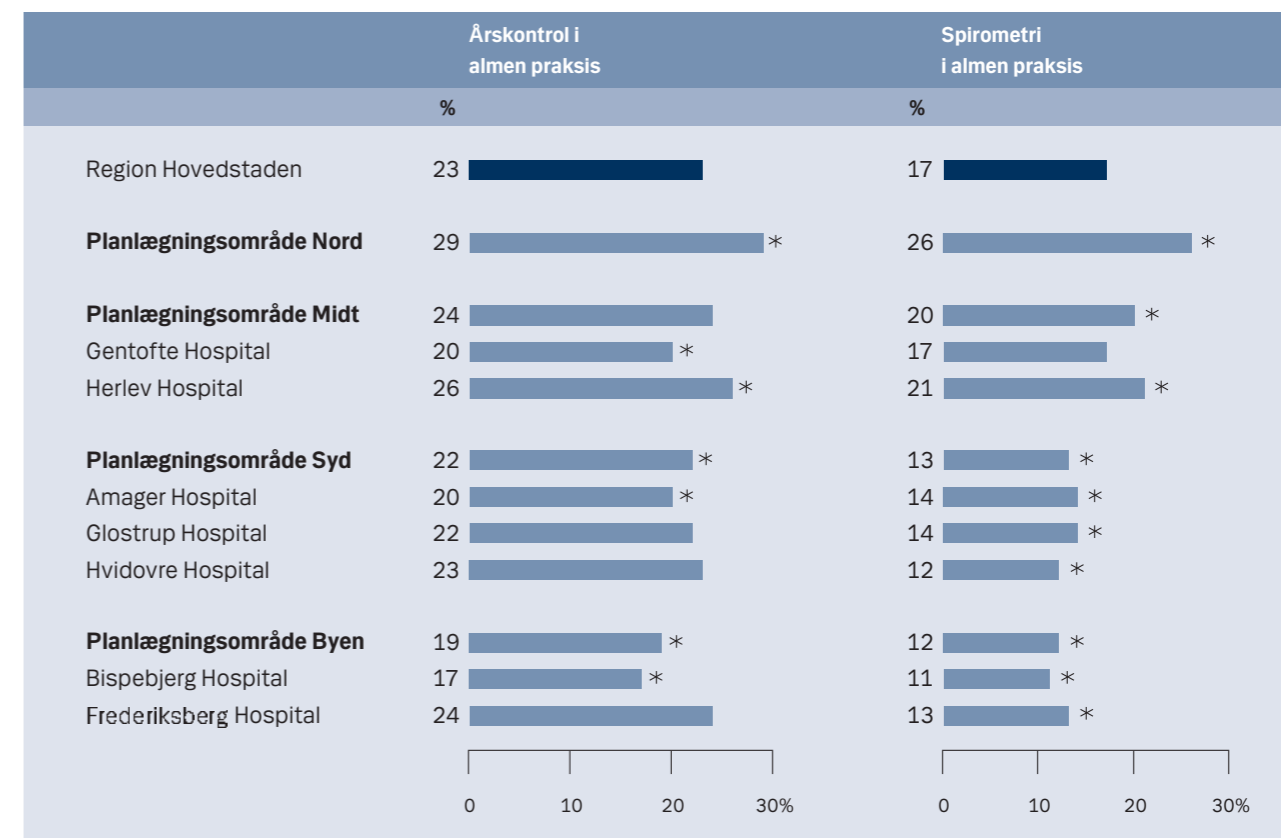
	0-4 kontakter til almen praksis	5-9 kontakter til almen praksis	Mindst 10 kontakter til almen praksis	Mindst én kontakt til speciallægepraksis
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	17	22	61	49
Planlægningsområde Nord	15 *	20 *	65 *	52 *
Planlægningsområde Midt	16 *	22	61	52 *
Gentofte Hospital	17	22	61	55 *
Herlev Hospital	16 *	23 *	61	50
Planlægningsområde Syd	17	22	61	48 *
Amager Hospital	18	22	60	46 *
Glostrup Hospital	16	21	62	51
Hvidovre Hospital	18	22	61	48 *
Planlægningsområde Byen	19 *	22	59 *	46 *
Bispebjerg Hospital	19 *	22	59 *	44 *
Frederiksberg Hospital	20 *	22	58 *	48

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

I alt 23 % af borgere med KOL fik foretaget årskontrol i almen praksis i 2012, mens 17 % fik foretaget spirometri (tabel 4.16). Der er stor variation mellem planlægningsområderne i andelen af borgere, som fik foretaget årskontrol og spirometri. Andelen af borgere med KOL, som fik foretaget årskontrol varierer fra

19 % i planlægningsområde Byen til 29 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med KOL, som fik foretaget spirometri, varierer fra 12 % i planlægningsområde Byen til 26 % i planlægningsområde Nord.

Tabel 4.16 Borgere med KOL, som fik foretaget årskontrol og spirometri i almen praksis i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

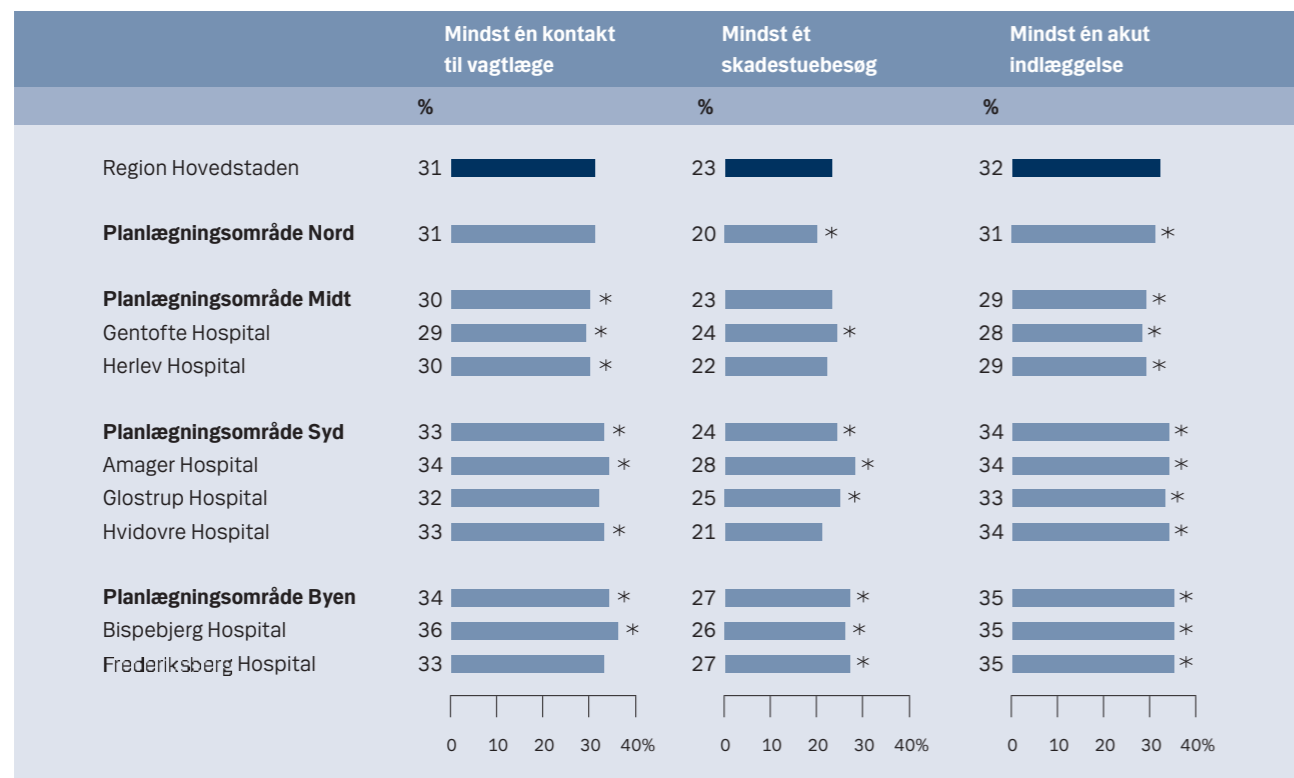
4.8.2 Borgere med KOL med mindst én akut somatisk kontakt

Blandt borgerne med KOL har hver tredje mindst én kontakt til vagtlæge, hver fjerde har mindst ét skadestuebesøg og hver tredje har mindst én akut indlæggelse i løbet af 2012 (tabel 4.17).

Andelen af borgere med mindst én kontakt til vagtlæge varierer fra 30 % i planlægningsområde Midt til 34 % i planlæg-

ningsområde Byen (tabel 4.17). Der er stor variation mellem planlægningsområderne i andelen af borgere med mindst ét skadestuebesøg. Andelen af borgere med mindst ét skadestuebesøg varierer fra 20 % i planlægningsområde Nord til 27 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst én akut indlæggelse varierer fra 29 % i planlægningsområde Midt til 35 % i planlægningsområde Byen.

Tabel 4.17 Borgere med KOL med mindst én akut somatisk kontakt i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

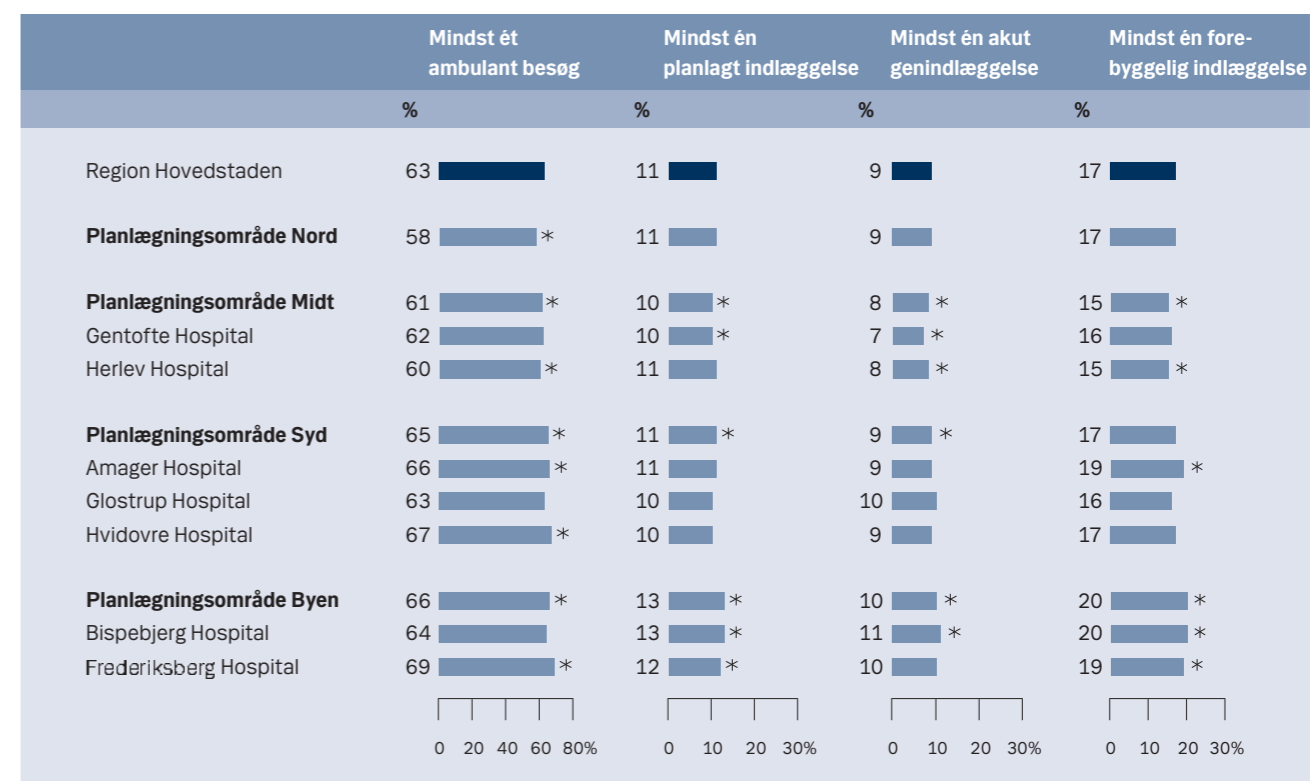
4.8.3 Borgere med KOL med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse

Blandt borgerne med KOL har seks ud af ti mindst ét ambulant besøg, én ud af ti har mindst én planlagt indlæggelse og ligeledes har én ud af ti én akut genindlæggelse i løbet af 2012. Blandt borgere på 65 år eller derover har næsten to ud af ti mindst én forebyggelig genindlæggelse (tabel 4.18).

Andelen af borgere med diabetes med mindst ét ambulant besøg varierer fra 58 % i planlægningsområde Nord til 66 % i

planlægningsområde Byen (tabel 4.18). Andelen med mindst én planlagt indlæggelse varierer fra 10 % i planlægningsområde Midt til 13 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst én akut genindlæggelse varierer fra 8 % i planlægningsområde Midt til 10 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med KOL på 65 år eller derover med mindst én forebyggelig indlæggelse varierer fra 15 % i planlægningsområde Midt til 20 % i planlægningsområde Byen.

Tabel 4.18 Borgere med KOL med mindst én ambulant somatisk kontakt eller indlæggelse i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover.
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

4.8.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med KOL

Blandt borgerne med KOL er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse 13 dage, mens den er 6 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (tabel 4.6).

stort set ikke på tværs af planlægningsområderne, hvor borgerne i gennemsnit er indlagt i 12-14 dage ved en akut indlæggelse og 6-7 dage ved en planlagt indlæggelse (resultater ikke vist).

Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut eller planlagt somatisk indlæggelse blandt borgere med KOL varierer

4.9 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

I det følgende beskrives forbruget af de forskellige sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i Region

Hovedstadens planlægningsområder. Tallene for hospitals-optageområderne præsenteres i tabellerne, men beskrives ikke.

4.9.1. Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme

Blandt borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme har én ud af ti 0-4 kontakter til almen praksis, næsten to ud af ti har 5-9 kontakter og mere end syv ud af ti har mindst 10 kontakter til almen praksis i løbet af 2012. Langt størstedelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme har dermed mange kontakter med almen praksis. Næsten seks ud af ti af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme har mindst én kontakt til speciallægepraksis (tabel 4.19).

område Nord til 11 % i planlægningsområde Byen (tabel 4.19). Andelen af borgere med 5-9 kontakter varierer fra 13 % i planlægningsområde Nord til 18 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst 10 kontakter varierer fra 70 % i planlægningsområde Byen til 80 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én kontakt til speciallægepraksis varierer fra 54 % i planlægningsområde Byen til 59 % i planlægningsområde Nord.

Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med 0-4 kontakter til almen praksis varierer fra 7 % i planlægnings-

Tabel 4.19 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i planlægningsområderne i 2012

	0-4 kontakter til almen praksis	5-9 kontakter til almen praksis	Mindst 10 kontakter til almen praksis	Mindst én kontakt til speciallægepraksis
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	9	17	74	57
Planlægningsområde Nord	7 *	13 *	80 *	59 *
Planlægningsområde Midt	9	17 *	74 *	58 *
Gentofte Hospital	10 *	18 *	72 *	59 *
Herlev Hospital	8 *	17	75	58 *
Planlægningsområde Syd	9	16	75	56 *
Amager Hospital	9	16	75	53 *
Glostrup Hospital	8	17	75	58 *
Hvidovre Hospital	9	16	75	57
Planlægningsområde Byen	11 *	18 *	70 *	54 *
Bispebjerg Hospital	11 *	18 *	71 *	54 *
Frederiksberg Hospital	11 *	19 *	69 *	52 *

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

4.9.2 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én akut somatisk kontakt

Blandt borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme har fire ud af ti mindst én kontakt til vagtlæge, næsten tre ud af ti har mindst ét skadestuebesøg og næsten fire ud af ti har mindst én akut indlæggelse i løbet af 2012 (tabel 4.20).

område Byen (tabel 4.20). Andelen af borgere med mindst ét skadestuebesøg varierer fra 23 % i planlægningsområde Nord til 29 % i planlægningsområde Byen. Andelen af borgere med mindst én akut indlæggelse varierer fra 33 % i planlægningsområde Midt til 39 % i planlægningsområde Syd.

Andelen af borgere med mindst én kontakt til vagtlæge varierer fra 37 % i planlægningsområde Midt til 41 % i planlægnings-

Tabel 4.20 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én akut somatisk kontakt i planlægningsområderne i 2012

	Mindst én kontakt til vagtlæge	Mindst ét skadestuebesøg	Mindst én akut indlæggelse
	%	%	%
Region Hovedstaden	39	27	37
Planlægningsområde Nord	39	23 *	37
Planlægningsområde Midt	37 *	27 *	33 *
Gentofte Hospital	36 *	29 *	33 *
Herlev Hospital	38	26	34 *
Planlægningsområde Syd	41 *	28 *	39 *
Amager Hospital	42 *	31 *	38
Glostrup Hospital	41 *	29 *	39 *
Hvidovre Hospital	40 *	25	39 *
Planlægningsområde Byen	41 *	29 *	38 *
Bispebjerg Hospital	42 *	29 *	37
Frederiksberg Hospital	39	30 *	39 *

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

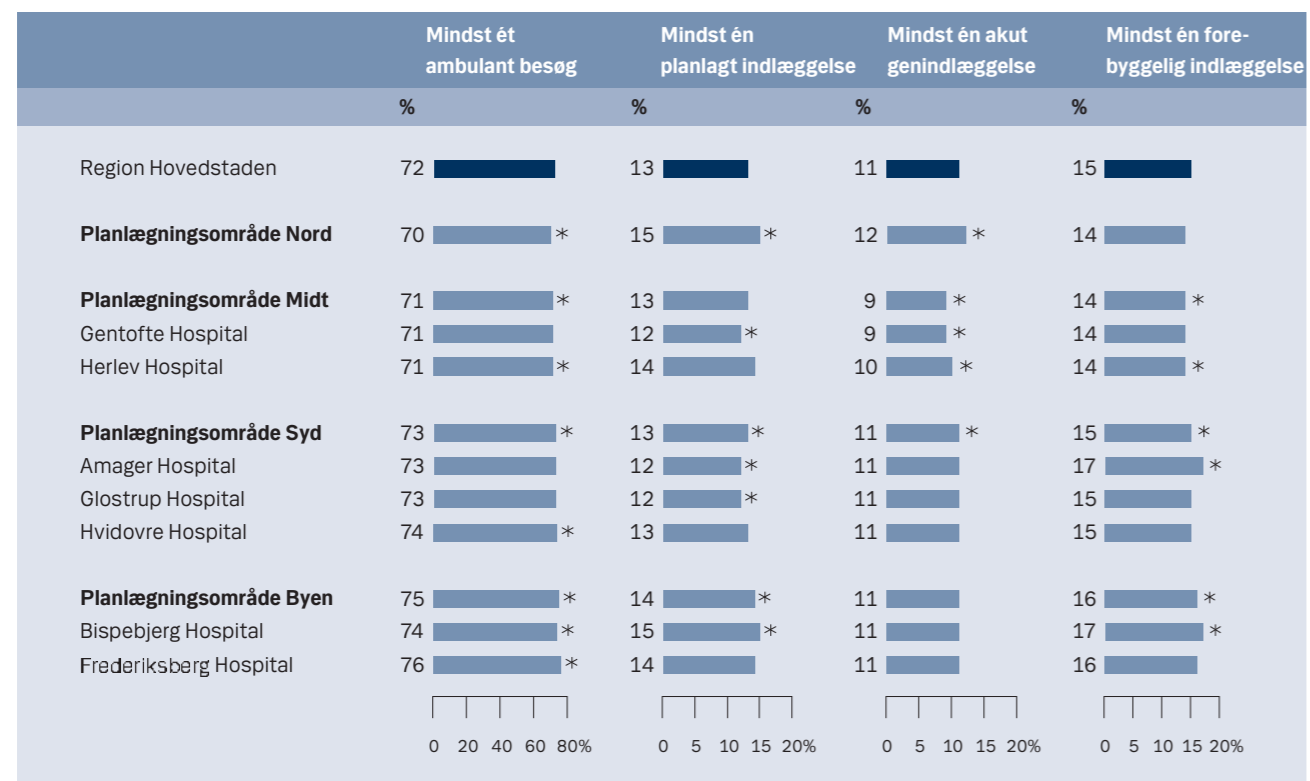
4.9.3 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én ambulans somatisk kontakt eller indlæggelse

Blandt borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme har syv ud af ti mindst ét ambulans besøg, mere end én ud af ti har mindst én planlagt indlæggelse og én ud af ti har én akut genindlæggelse i løbet af 2012. Blandt borgere på 65 år eller derover har 15 % mindst én forebyggelig genindlæggelse (tabel 4.21).

Andelen med mindst én planlagt indlæggelse varierer fra 13 % i planlægningsområderne Midt og Syd til 15 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med mindst én akut genindlæggelse varierer fra 9 % i planlægningsområde Midt til 12 % i planlægningsområde Nord. Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme på 65 år eller derover med mindst én forebyggelig indlæggelse varierer fra 14 % i planlægningsområderne Nord og Midt til 16 % i planlægningsområde Byen.

Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst ét ambulans besøg varierer fra 70 % i planlægningsområde Nord til 75 % i planlægningsområde Byen (tabel

Tabel 4.21 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme med mindst én ambulanskontakt eller indlæggelse i planlægningsområderne i 2012



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover.
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

4.9.4 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme

Blandt borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme er den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse 13 dage, mens den er 6 dage ved en planlagt somatisk indlæggelse (tabel 4.6).

Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut eller planlagt somatisk indlæggelse blandt borgere med 3 eller

flere kroniske sygdomme varierer stort set ikke på tværs af planlægningsområderne, hvor borgerne i gennemsnit er indlagt i 12-13 dage ved en akut indlæggelse og 6-7 dage ved en planlagt indlæggelse (resultater ikke vist).



Kapitel 5

Forekomst og forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme



5 Forekomst og forbrug af sundhedsydelse blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme

- Der er social ulighed i forekomsten af udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme. Forekomsten af udvalgte sygdomskombinationer falder med stigende uddannelsesniveau og er størst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet.
- For størstedelen af de udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme ses en højere forekomst i planlægningsområderne Syd og Byen og en lavere forekomst i Nord og Midt sammenlignet med regionsgennemsnittet - dette når der justeres for køn og alder.
- Borgere med de udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme har et højere forbrug af sundhedsydelse end borgere med en enkelt kronisk sygdom.

En stor del af borgerne i Region Hovedstaden lever med én eller flere kroniske sygdomme. Nogle sygdomme forekommer sammen end andre, hvilket blandt andet skyldes, at de har de samme bagvedliggende risikofaktorer som eksempelvis rygning og fysisk inaktivitet. I takt med at forekomsten af kroniske sygdomme er stigende, skal sundhedsvæsenet tilpasses borgere med mere komplekse sygdomsbilleder. Viden om kombinationer af kroniske sygdomme kan være medvirkende til at skærpe opmærksomheden.

I dette kapitel fokuseres på borgere, som har kombinationer af udvalgte kroniske sygdomme med nogle af de samme bagvedliggende risikofaktorer.

Indledningsvist beskrives forekomsten af kombinationer af diabetes, KOL, hjertesygdom ud fra definitionen i forløbsprogrammet (hjertesygdom (F)) og langvarig behandling med antidepressiv medicin. Herefter fokuseres på følgende udvalgte sygdomskombinationer:

- KOL og diabetes
- KOL og langvarig behandling med antidepressiv medicin
- Diabetes og langvarig behandling med antidepressiv medicin
- Diabetes og hjertesygdom (F)

For disse fire sygdomskombinationer beskrives forekomsten i regionens planlægningsområder, borgernes sociodemografiske forhold samt deres forbrug af sundhedsydelse.

Oplysninger om forekomst og forbrug af sundhedsydelse blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme stammer fra:

- Forekomst af kroniske sygdomme: Blandt andet fra Landspatientregistret (LPR), Landspatientregistret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemedel-databasen.
- Sociodemografiske forhold: Blandt andet fra Det Centrale Personregister, Uddannelsesregisteret og Indkomstregisteret.
- Forbrug af sundhedsydelse: Sygesikringsregisteret, LPR og LPR-PSYK.

Læsning af tabeller:

- Baggrundsbefolkningen i tabel 5.1 udgøres af borgere med den udvalgte kroniske sygdom, mens det i tabel 5.2-5.8 udgøres af alle borgere i Region Hovedstaden. Der vil være forskel på de præsenterede andele i tabel 5.1-5.5, men antallet af borgere med de forskellige sygdomskombinationer vil være de samme.

5.1 Forekomst af udvalgte sygdomskombinationer

I tabel 5.1 ses andelen af regionens borgere, som har hver af de fire udvalgte sygdomme, enten alene eller i kombination. Samme borger kan indgå i flere sygdomskombinationer, hvis borgeren har flere sygdomme. Eksempelvis vil en borger med diabetes, som også har KOL og hjertesygdom (F) indgå i kombinationerne

diabetes + KOL, og diabetes + hjertesygdom (F). Af denne grund summer andelen af borgere med de forskellige sygdomme ikke op til 100 % i tabellen, ligesom det samlede antal borgere med en given sygdom er forskelligt fra det antal, der præsenteres i kapitel 3. Desuden dækker nogle af tabellens andele over den

samme gruppe af borgere. Eksempelvis vises de 7.100 borgere med KOL og diabetes i kombination to steder i tabellen. De udgør 8 % af alle borgere med diabetes og 18 % af alle borgere med KOL.

Størstedelen af regionens borgere, som har én af de fire udvalgte sygdomme har disse sygdomme alene (tabel 5.1). Blandt alle borgere med diabetes har én ud af tolv borgere diabetes i kombination med KOL eller hjertesygdom (F), mens én ud af ti har diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin. Blandt alle borgere med KOL, har hver femte borger KOL i kombination med diabetes, mens én ud af ti har KOL i kombination med hjertesygdom (F) eller langvarig behandling med antidepressiv medicin. En stor del af borgerne med hjertesygdom (F) har også andre af de udvalgte kroniske sygdomme. Således har næsten tre ud af ti borgere med hjertesygdom (F) sygdommen i kombination med diabetes, én ud af seks har hjertesygdom (F) i kombination med KOL, mens én ud af ti har hjertesygdom (F) i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin. Blandt borgere i

langvarig behandling med antidepressiv medicin har én ud af ti også diabetes eller KOL, mens mindre end én ud af 20 også har hjertesygdom (F).

På tværs af de fire planlægningsområder er der kun lille variation i andelen af borgere, som har én af de fire udvalgte kroniske sygdomme eller en kombination af sygdommene (resultater ikke vist). En lidt større andel i planlægningsområde Nord har KOL alene, i planlægningsområderne Nord og Midt er andelen, som har hjertesygdom (F) alene lidt højere, mens en lidt højere andel af borgerne i planlægningsområde Byen er i langvarig behandling med antidepressiv medicin. Derimod er der forskelle mellem planlægningsområderne i antallet af borgere, som har de forskellige sygdomme (resultater ikke vist). Disse forskelle afspejler dog de forskelle i forekomsten af de fire sygdomme, som er beskrevet i kapitel 3. Ved justering for køn og alder ses større variation på tværs af planlægningsområderne i andelen af borgere med de udvalgte sygdomskombinationer (tabel 5.2-5.5).

Tabel 5.1 Borgere med én eller flere udvalgte kroniske sygdomme

	%	Personer
Borgere med diabetes		
Diabetes alene	78	66.100
Diabetes + KOL	8	7.100
Diabetes + hjertesygdom (F)	8	6.400
Diabetes + antidep. beh.	10	8.300
Borgere med KOL		
KOL alene	66	26.200
KOL + diabetes	18	7.100
KOL + hjertesygdom (F)	9	3.700
KOL + antidep. beh.	13	5.200
Borgere med hjertesygdom (F)		
Hjertesygdom (F) alene	56	13.100
Hjertesygdom (F) + diabetes	28	6.400
Hjertesygdom (F) + KOL	16	3.700
Hjertesygdom (F) + antidep. beh.	10	2.300
Borgere i antidep. beh.		
Anti dep. beh. alene	80	55.600
Anti dep. beh. + diabetes	12	8.300
Anti dep. beh. + KOL	8	5.200
Anti dep. beh. + hjertesygdom (F)	3	2.300

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre. Sygdom alene skal forstås som borgere med denne sygdom og ikke nogen af de tre andre nævnte sygdomme. Antidep. beh. er en forkortelse for borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin.

5.2 Sociodemografi blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme

For de fire udvalgte sygdomskombinationer: KOL og diabetes, KOL og langvarig behandling med antidepressiv medicin, diabetes og langvarig behandling med antidepressiv medicin samt diabetes og hjertesygdom (F), ses generelt det samme sociodemografiske billede (resultater ikke vist). Der er stort set ingen kønsforskel på forekomsten af de forskellige sygdomskombinationer. Forekomsten stiger med stigende alder, især blandt borgere på 55 år eller derover. Der ses en social gradient

i forekomsten af de udvalgte sygdomskombinationer. Forekomsten stiger med faldende uddannelseslængde og tilknytning til arbejdsmarkedet og er således størst blandt borgere med en grundskole- eller gymnasial uddannelse samt blandt fortids-pensionister og pensionister. Forekomsten er større blandt enlige end blandt samlevende, mens der stort set ikke er forskel på forekomsten på tværs af etnisk baggrund.

5.3 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme i planlægningsområderne

I dette afsnit beskrives forekomsten af de fire udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme i regionens planlægningsområder.

5.3.1 Borgere med KOL i kombination med diabetes i planlægningsområderne

I Region Hovedstaden har i alt 0,5 % af borgerne både KOL og diabetes, svarende til 7.100 personer. Siden 2010 er andelen af borgere, som både har KOL og diabetes steget med 1.600 personer. Andelen af borgere, som har KOL og diabetes i kombination, varierer fra 0,4 % i planlægningsområde Byen til 0,6 % i planlægningsområderne Nord og Syd

(tabel 5.2). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af KOL og diabetes i kombination er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i Nord og Midt.

Tabel 5.2 Borgere med KOL i kombination med diabetes i planlægningsområderne

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,5	7.100		1.600
Planlægningsområde Nord	0,6 *	1.400	* 0,8	400
Planlægningsområde Midt	0,5 *	1.700	* 0,8	400
Gentofte Hospital	0,4 *	500	* 0,6	100
Herlev Hospital	0,6 *	1.100	0,8	200
Planlægningsområde Syd	0,6 *	2.300	1,2 *	600
Amager Hospital	0,5 *	700	1,0 *	200
Glostrup Hospital	0,7 *	700	1,1 *	200
Hvidovre Hospital	0,5	900	1,0 *	200
Planlægningsområde Byen	0,4 *	1.500	0,9 *	300
Bispebjerg Hospital	0,4 *	1.000	0,9 *	200
Frederiksberg Hospital	0,4 *	500	* 0,8	100

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

5.3.2 Borgere med KOL i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne

I Region Hovedstaden har 0,4 % af borgerne både KOL og er i langvarig behandling med antidepressiv medicin, svarende til 5.200 personer. Siden 2010 er andelen af borgere, som både har KOL og er i langvarig behandling med antidepressiv medicin steget med 900 personer. Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere, som har KOL i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i de forskellige

planlægningsområder (tabel 5.3). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af KOL og langvarig behandling med antidepressiv medicin i kombination er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i Nord og Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Tabel 5.3 Borgere med KOL i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne

	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	0,4	5.200		900
Planlægningsområde Nord	0,4 *	1.000	* 0,8	200
Planlægningsområde Midt	0,4	1.400	* 0,8	200
Gentofte Hospital	0,4	500	* 0,6	100
Herlev Hospital	0,4 *	900	0,8	100
Planlægningsområde Syd	0,4	1.500	1,1 *	300
Amager Hospital	0,3 *	500	0,9 *	100
Glostrup Hospital	0,4 *	500	1,0 *	100
Hvidovre Hospital	0,4 *	600	1,0 *	100
Planlægningsområde Byen	0,3 *	1.100	0,9	200
Bispebjerg Hospital	0,3 *	700	0,9	100
Frederiksberg Hospital	0,3	400	0,8	100

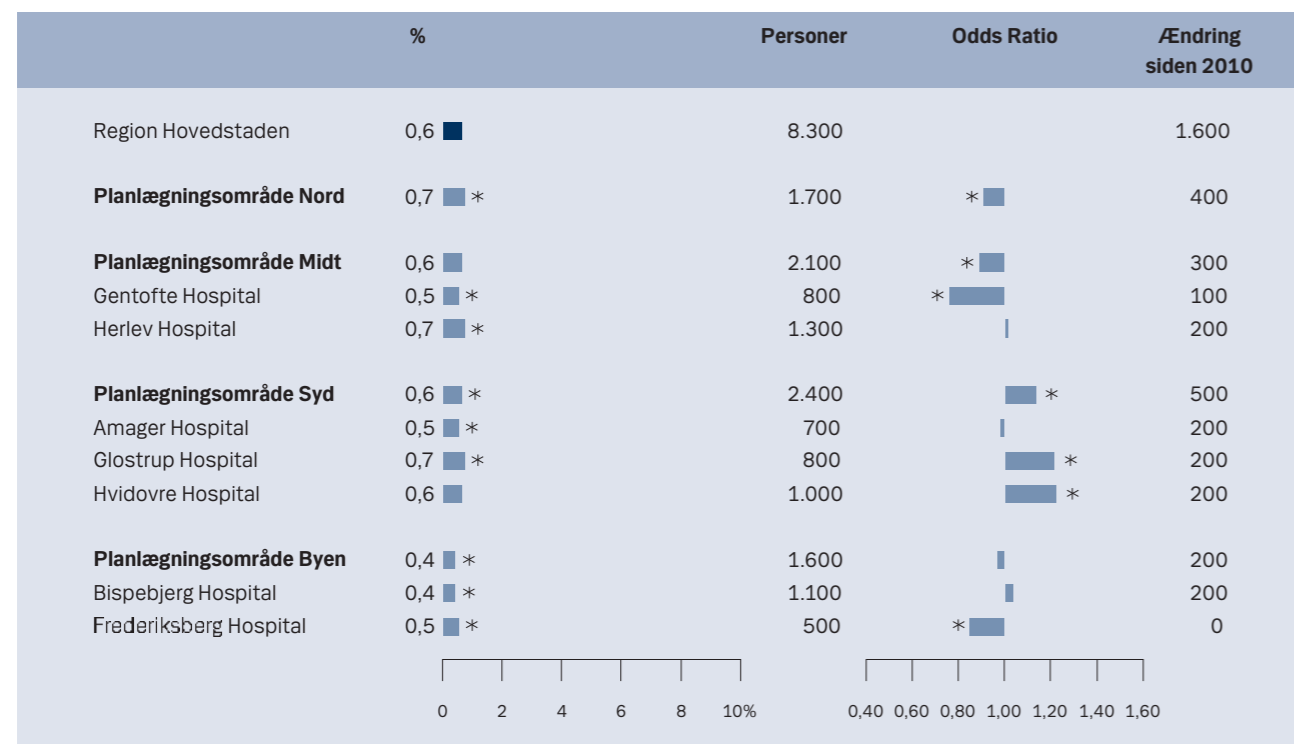
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

5.3.3 Borgere med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne

I Region Hovedstaden har 0,6 % af borgerne både diabetes og er i langvarig behandling med antidepressiv medicin, svarende til 8.300 personer. Siden 2010 er andelen af borgere, som både har diabetes og er i langvarig behandling med antidepressiv medicin steget med 1.600 personer. Andelen af borgere, som har diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin varierer fra 0,4 % i planlægningsområde

Byen til 0,7 % i planlægningsområde Nord (tabel 5.4). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af diabetes og langvarig behandling med antidepressiv medicin i kombination er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Syd og lavere i Nord og Midt. Planlægningsområde Byen afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Tabel 5.4 Borgere med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin i planlægningsområderne



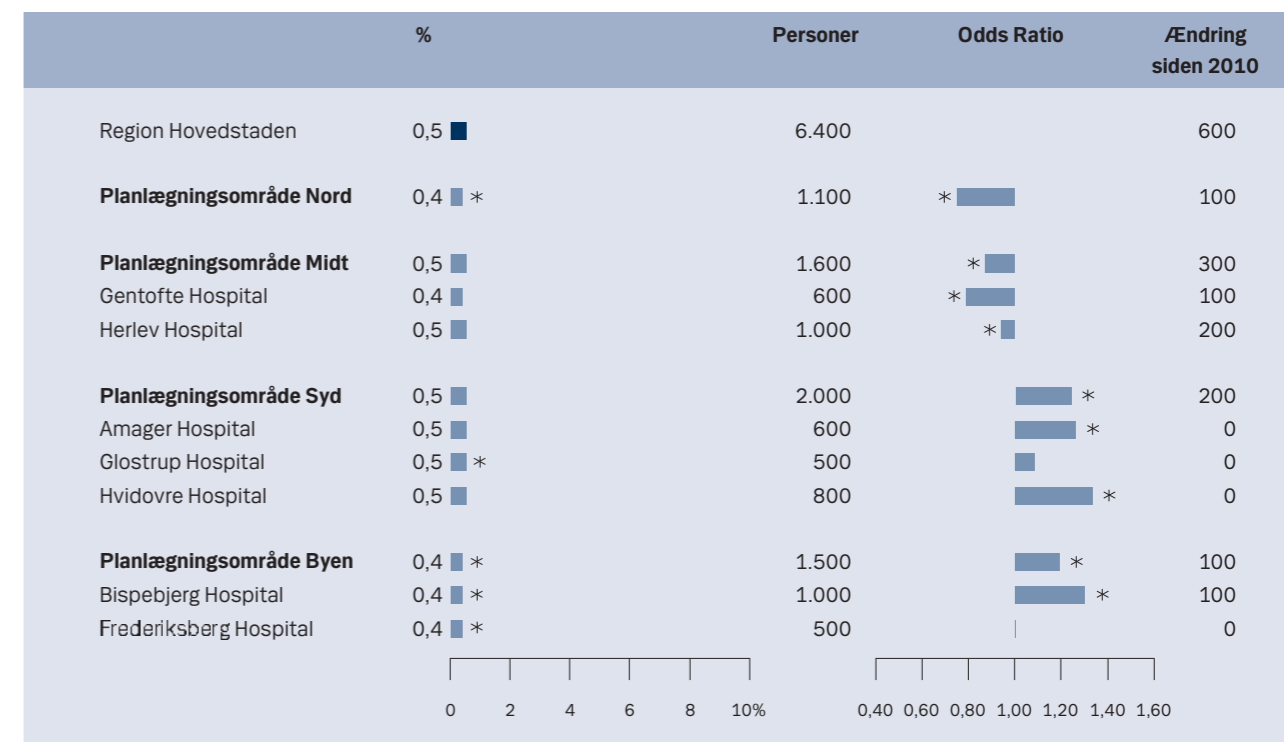
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

5.3.4 Borgere med diabetes i kombination med hjertesygdom i planlægningsområderne

I Region Hovedstaden har 0,5 % af borgerne både diabetes og hjertesygdom (F), svarende til 6.400 personer. Siden 2010 er andelen af borgere, som både har diabetes og hjertesygdom (F) steget med 600 personer. Der er stort set ingen forskel i andelen af borgere, som har diabetes i kombination med hjertesygdom

(F) i de forskellige planlægningsområder (tabel 5.5). Efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen i planlægningsområderne ses det, at forekomsten af diabetes og hjertesygdom (F) i kombination er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen og lavere i Nord og Midt.

Tabel 5.5 Borgere med diabetes i kombination med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er områdets andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er områdets andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

5.4 Forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme

I dette afsnit beskrives forbruget af sundhedsydelser blandt borgere med de fire udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme. Følgende typer af sundhedsydelser beskrives:

Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis, somatiske kontakter til hospitalssektoren og gennemsnitlig indlæggelsestid ved somatisk indlæggelse.

5.4.1 Kontakter til almen praksis og speciallægepraksis blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme

For alle fire kombinationer af kroniske sygdomme ses, at omkring tre ud af fire borgere har mindst ti kontakter til almen praksis i 2012, mens det gælder én ud af fire i regionen som helhed (tabel 5.6). Halvdelen af borgere med KOL i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin har mindst én kontakt til speciallæge i 2012, mens det gælder seks

ud af ti blandt borgere med de øvrige sygdomskombinationer. Andelen med mange kontakter til almen praksis og kontakter til speciallægepraksis er højere blandt borgere med de udvalgte sygdomskombinationer end blandt borgere med en enkelt af de fire kroniske sygdomme (se kapitel 4) og er desuden væsentlig forskellig fra regionen som helhed.

Tabel 5.6 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme med kontakt til almen praksis eller speciallægepraksis i 2012

	0-4 kontakter til almen praksis	5-9 kontakter til almen praksis	Mindst 10 kontakter til almen praksis	Mindst én kontakt til speciallægepraksis
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	50	25	25	33
KOL + diabetes	8	15	77	59
KOL + antidep. beh.	8	15	77	52
Diabetes + antidep. beh.	9	16	75	60
Diabetes + hjertesygdom (F)	11	18	71	57

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre
Antidep. beh. er en forkortelse for borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin.

5.4.2 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme med mindst én somatisk kontakt

En stor del af borgerne med de udvalgte sygdomskombinationer har somatiske kontakter til hospitalssektoren i løbet af et år sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har hver tredje borger med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin mindst én akut indlæggelse i 2012, mens det gælder fire ud af ti for borgere med de øvrige sygdomskombinationer (tabel 5.7). Desuden har otte ud af ti borgere med diabetes og hjertesygdom (F) i kombination mindst ét ambulant besøg i 2012, mens det gælder syv ud af ti

blandt borgere med de øvrige sygdomskombinationer. Andelen af borgere med mindst én planlagt indlæggelse i 2012 er mindst blandt borgere med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin og størst blandt borgere med diabetes i kombination med hjertesygdom (F). Andelen med disse somatiske kontakter er højere blandt borgere med de udvalgte sygdomskombinationer end blandt borgere med en enkelt af de fire kroniske sygdomme (se kapitel 4).

Tabel 5.7 Borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme med mindst én somatisk kontakt til hospitalssektoren i 2012

	Mindst én akut indlæggelse	Mindst ét ambulant besøg	Mindst én planlagt indlæggelse
	%	%	%
Region Hovedstaden	10	32	5
KOL + diabetes	42	74	14
KOL + antidep. beh.	41	70	14
Diabetes + antidep. beh.	30	67	13
Diabetes + hjertesygdom (F)	41	79	16

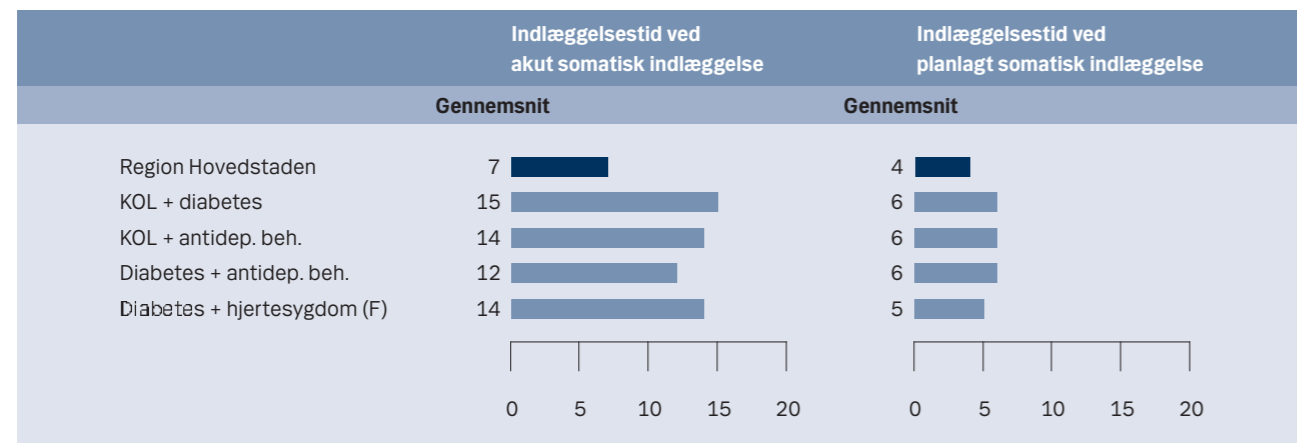
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre
Antidep. beh. er en forkortelse for borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin.

5.4.3 Gennemsnitlig indlæggelsestid blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme

Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse blandt borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme varierer fra 12 dage blandt borgere med diabetes i kombination med langvarig behandling med antidepressiv medicin til 15 dage blandt borgere med KOL i kombination med diabetes (tabel 5.8). Der er stort set ingen forskel i den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en planlagt

somatisk indlæggelse mellem borgere med de forskellige kombinationer af kroniske sygdomme. Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse er længere blandt borgere med de udvalgte sygdomskombinationer end blandt borgere med en enkelt af de fire kroniske sygdomme (se kapitel 4) samt blandt borgere i regionen som helhed. Denne forskel ses ikke for planlagte indlæggelser (se kapitel 4).

Tabel 5.8 Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage) blandt indlagte borgere med udvalgte kombinationer af kroniske sygdomme



Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre
Antidep. beh. er en forkortelse for borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin.



Kapitel 6

Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser



6 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser

- De totale omkostninger ved sundhedsydelser er generelt størst for sygdomme, som forekommer hyppigt i befolkningen, mens de sygdomme, der kræver dyre behandlingsmetoder har de største omkostninger pr. person.
- De totale omkostninger er størst for borgere med 1 kronisk sygdom, mens omkostningerne pr. person stiger jo flere kroniske sygdomme en borger har.
- Omkostningerne pr. person ved ydelser i praksissektoren er generelt størst i planlægningsområde Nord for borgere med diabetes, hjertesygdom, KOL eller 3 eller flere kroniske sygdomme, mens omkostningerne ved ydelser i hospitalssektoren er størst i planlægningsområde Byen.
- Medicinomkostningerne pr. person varierer stort set ikke mellem planlægningsområderne for borgere med diabetes eller hjertesygdom, mens medicinomkostningerne er markant større i planlægningsområde Nord for borgere med KOL eller 3 eller flere kroniske sygdomme.

Ifølge Danske Regioner koster det danske sundhedsvæsen årligt ca. 103 mia. kr., svarende til ca. 18.500 kr. pr. borger. Udgifterne til det danske sundhedsvæsen har været stigende siden årtusindskiftet [31]. Udgifterne er fordelt således, at 80 % (ca. 82 mia. kr.) går til sygehusområdet, 15 % (ca. 15 mia. kr.) går til de praktiserede læger, mens 5 % (ca. 5,5 mia. kr.) går til medicintilskud. Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet blev indført i 2007 for at give kommunerne et incitament til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen effektivt. Den kommunale medfinansiering udgør ca. 18 % af den samlede finansiering af sundhedsvæsenet, svarende til ca. 19 mia. kr. [33;34].

I dette kapitel beskrives omkostningerne til sundhedsydelser blandt borgerne i Region Hovedstaden i 2012. Indledningsvist beskrives de samlede omkostninger knyttet til borgere med og uden kronisk sygdom. Herefter opgøres omkostningerne fordelt på ydelser i praksissektoren, hospitalssektoren og omkostninger til medicin. Der er tale om samme typer af omkostninger, som blev opgjort i rapporten *Kroniske sygdomme - Forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden* fra 2011, dog med justeringer i forhold til procent-satserne for den kommunale medfinansiering. Afslutningsvist opgøres de tre typer af omkostninger på tværs af regionens planlægningsområder for borgere med diabetes, hjertesygdom (F), KOL, og 3 eller flere kroniske sygdomme. Hjertesygdom (F) omfatter borgere, som har hjertesygdom efter definitionen i forløbsprogrammet.

Omkostningerne, der opgøres, er ikke diagnose-specifikke. Det betyder, at alle omkostninger blandt borgere med en given kronisk sygdom er opgjort, uanset om en given omkostning er knyttet specifikt til den pågældende eller andre diagnoser. Eksempelvis kan omkostninger for borgere med diabetes indeholde omkostninger til behandling af hjertesygdom blandt diabetespatienter og omvendt.

Omkostningerne for de forskellige kroniske sygdomme kan ikke umiddelbart sammenlignes. Nogle sygdomme har mange omkostninger fordi forekomsten blandt regionens borgere er høj, mens andre sygdomme har mange omkostninger fordi behandlingen af dem er dyr.

For kommunerne opgøres kun udgifter i forhold til den kommunale medfinansiering, hvilket betyder at udgifter til eksempelvis plejehjem og hjemmesygepleje ikke indgår. Den kommunale medfinansiering beskrives udelukkende i teksten, men kan udregnes ud fra kapitlets tabeller som differencen mellem de regionale og totale omkostninger.

Omkostninger til sundhedsydelser er ikke blevet opgjort i de tidligere sundhedsprofiler.

Resultater for multisygdom angives for multisygdom (12 sygdomme), hvor forekomsten baseres alene på registeroplysninger. Dette skyldes at vi ikke har spørgeskemaoplysninger om omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser (se kapitel 1).

Oplysninger om omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser stammer fra:

- Sygesikringsregistret
- Takstdata (Region Hovedstadens DRG- og DAGS-registreringer) på det somatiske og psykiatriske område
- Lægemedeldatabasen

6.1 Samlede omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser

De totale omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser udgør i 2012 26,9 mia. kr., svarende til 19.300 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.1). Den største andel udgøres af regionale omkostninger, mens en femtedel, svarende til 5,6 mia. kr. udgøres af den kommunale medfinansiering. Der er stor variation i de regionale omkostninger og den kommunale medfinansiering i forhold til de enkelte kroniske sygdomme. De totale omkostninger varierer fra 0,5 mia. kr. til 6,5 mia. kr., mens de totale udgifter pr. person varierer fra 18.400 kr. til 82.700 kr. De største totale omkostninger ses blandt borgere med slidgigt, luftvejsallergi og ryggsygdom, mens de største totale udgifter pr. person ses blandt borgere med svær psykisk lidelse, kræft, hjertekarsygdom og KOL.

For de biologiske risikofaktorer ses de største totale omkostninger blandt borgere med forhøjet blodtryk, mens de største totale omkostninger pr. person ses blandt borgere med forhøjet kolesterol.

Multisygdom: De totale omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser er mere end dobbelt så store blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Derimod er de totale omkostninger pr. person 2,5 gange så store blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

Tabel 6.1 Regionale omkostninger, kommunal medfinansiering og totale omkostninger i 2012

	Regionale omkostninger		Kommunal medfinansiering		Totale omkostninger*	
	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	20,2	14.500	5,6	4.000	26,9	19.300
Uden kronisk sygdom	6,6	7.000	2,0	2.200	9,0	9.600
Diabetes	3,1	38.200	0,8	10.400	4,1	50.400
Hjertesygdom	2,8	47.100	0,8	13.700	3,7	62.600
Hjertesygdom (F)	1,2	51.700	0,3	15.200	1,6	68.800
Apopleksi	1,3	46.200	0,4	12.800	1,7	60.900
KOL	2,0	50.800	0,5	14.000	2,6	66.900
Astma	1,5	20.800	0,4	5.500	2,0	27.800
Kræft	2,7	60.000	0,7	16.500	3,4	77.800
Inflammatorisk ledsygdom	1,5	45.700	0,4	11.900	1,9	59.200
Slidgigt	4,8	20.400	1,5	6.200	6,5	27.900
Ryggsygdom	3,2	19.500	0,9	5.600	4,3	26.100
Knogleskørhed	1,4	39.700	0,4	10.900	1,8	52.300
Antidepressiv medicin	2,0	29.300	0,5	7.900	2,6	39.000
Svær psykisk lidelse	2,6	67.700	0,5	12.900	3,2	82.700
Demens#	0,4	37.900	0,1	10.600	0,5	51.100
Luftvejsallergi	3,7	21.100	1,0	5.900	4,9	28.300
Hyppig hovedpine/migræne	2,5	13.500	0,7	4.000	3,3	18.400
Multisygdom (12 sygdomme)						
1 kronisk sygdom	6,8	22.300	1,8	5.800	8,9	29.300
2 kroniske sygdomme	3,9	36.000	1,0	9.500	5,1	47.300
3+ kroniske sygdomme	2,9	61.900	0,8	16.800	3,9	81.000
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	8,5	30.500	2,4	8.500	11,3	40.600
Forhøjet kolesterol	5,3	31.500	1,5	8.800	7,0	42.000
Moderat overvægt	5,2	12.500	1,5	3.600	7,0	17.000
Svær overvægt	3,0	19.500	0,8	5.300	4,0	25.900

Resultaterne for slidgigt, ryggsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

* Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.

6.2 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)

I dette afsnit opgøres omkostninger ved ydelser i praksissektoren, også kaldet sygesikringsydelser, i 2012. Omkostningerne er opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person. Den kommunale medfinansiering udgør differencen.

Sygesikringsydelser omfatter ydelser hos:

- Praktiserende læge, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog og tandlæge.

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i praksissektoren i 2012 udgør i alt 3,2 mia. kr., svarende til 2.300 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.2). Den kommunale medfinansiering udgør 0,5 mia. kr., mens de regionale omkostninger er mere end fem gange større og udgør i alt 2,7 mia. kr. Halvdelen af omkostningerne ved ydelser i praksissektoren, i alt 1,6 mia. kr., dækker ydelser til borgere uden kronisk

sygdom. For de kroniske sygdomme varierer de totale omkostninger til ydelser i praksissektoren fra 40 mio. kr. (demens) til 0,9 mia. kr. De største totale omkostninger ses blandt borgere med slidgigt, rygsygdom og luftvejsallergi. Omkostningerne pr. person varierer fra 2.800 til 5.100 kr. De største omkostninger pr. person ses blandt borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi og knogleskørhed. Størstedelen af variationen i omkostninger pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger, mens der stort set ikke er variation i den kommunale medfinansiering pr. person (resultater ikke vist).

For de biologiske risikofaktorer ses de største totale omkostninger blandt borgere med forhøjet blodtryk, mens de største omkostninger pr. person ses blandt borgere med forhøjet kolesterol.

Multisygdom: De totale omkostninger ved ydelser i praksissektoren er tre gange større blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Derimod er omkostningerne pr. person næsten dobbelt så store blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

6.3 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)

I dette afsnit opgøres omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren for somatiske afdelinger i 2012. Heri er inkluderet omkostninger ved behandlinger på hospitaler i andre regioner eller privathospitaler betalt af Region Hovedstaden. Omkostningerne er opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person. Den kommunale medfinansiering udgør differencen.

Ydelser i hospitalssektoren for somatiske afdelinger omfatter:

- Akutte og planlagte somatiske hospitalsindlæggelser, ambulante kontakter, skadestuebesøg samt genoptræning på regionens hospitaler.

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren udgør 18,2 mia. kr., svarende til 13.000 kr. pr. person i regionen (tabel 6.3). Den kommunale medfinansiering udgør i alt 4,6 mia. kr., mens de regionale omkostninger er mere end tre gange større og udgør i alt 13,6 mia. kr.

En tredjedel af omkostningerne ved ydelser i hospitalssektoren, i alt 6,3 mia. kr., dækker ydelser til borgere uden kronisk sygdom. For de kroniske sygdomme varierer de totale omkostninger til sundhedsydelser i hospitalssektoren fra 0,3 mia. kr. til 4,7 mia. kr., mens omkostningerne pr. person varierer fra 11.700 til 68.800 kr. De største totale omkostninger ses blandt borgere med slidgigt, luftvejsallergi og kræft, mens de største udgifter pr. person ses blandt borgere med kræft, hjertesygdom, hjertesygdom (F) og KOL.

For de biologiske risikofaktorer ses de største totale omkostninger og omkostninger pr. person blandt borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol.

Multisygdom: De totale omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren er dobbelt så store blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Derimod er omkostningerne pr. person mere end tre gange større blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

Tabel 6.2 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)* i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	2,7	1.900	3,2	2.300
Uden kronisk sygdom	1,3	1.400	1,6	1.700
Diabetes	0,3	3.700	0,4	4.400
Hjertesygdom	0,2	3.700	0,3	4.400
Hjertesygdom (F)	0,1	3.500	0,1	4.100
Apopleksi	0,1	4.500	0,1	5.100
KOL	0,1	3.600	0,2	4.200
Astma	0,2	2.600	0,2	3.200
Kræft	0,1	3.000	0,2	3.600
Inflammatorisk ledsygdom	0,1	3.700	0,1	4.300
Slidgigt	0,7	3.100	0,9	3.800
Rygsygdom	0,5	2.900	0,6	3.500
Knogleskørhed	0,1	3.800	0,2	4.500
Antidepressiv medicin	0,2	3.600	0,3	4.300
Svær psykisk lidelse	0,1	3.300	0,2	4.000
Demens#	0,0	3.500	0,0	3.900
Luftvejsallergi	0,5	2.900	0,6	3.500
Hyppig hovedpine/migræne	0,4	2.400	0,5	2.800
Multisygdom (12 sygdomme)				
1 kronisk sygdom	0,8	2.500	0,9	3.000
2 kroniske sygdomme	0,4	3.500	0,4	4.100
3+ kroniske sygdomme	0,2	4.700	0,3	5.500
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	0,9	3.200	1,1	3.800
Forhøjet kolesterol	0,6	3.500	0,7	4.100
Moderat overvægt	0,8	2.000	1,0	2.400
Svær overvægt	0,4	2.500	0,5	3.000

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

Omkostninger mindre end 100 mio. kr. vises ikke i tabellen på grund af afrunding

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

* Omkostninger ved ydelser hos almen praksis, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, tandlæge.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

Tabel 6.3 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)* i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	13,6	9.700	18,2	13.000
Uden kronisk sygdom	4,6	4.900	6,3	6.700
Diabetes	2,2	26.900	2,9	35.900
Hjertesygdom	2,2	37.100	3,0	49.600
Hjertesygdom (F)	1,0	41.900	1,3	55.900
Apopleksi	1,0	35.500	1,3	47.100
KOL	1,5	37.700	2,0	50.200
Astma	0,9	12.400	1,2	16.800
Kræft	2,3	53.200	3,0	68.800
Inflammatorisk ledsygdom	1,2	37.200	1,6	48.100
Slidgigt	3,4	14.700	4,7	20.000
Rygsygdom	2,1	13.000	2,9	17.700
Knogleskørhed	1,0	30.200	1,4	40.000
Antidepressiv medicin	1,3	19.300	1,7	25.800
Svær psykisk lidelse	0,7	17.100	0,9	22.900
Demens#	0,2	24.500	0,3	33.500
Luftvejsallergi	2,4	14.000	3,3	18.800
Hyppig hovedpine/migræne	1,5	8.400	2,1	11.700
Multisygdom (12 sygdomme)				
1 kronisk sygdom	4,2	13.900	5,6	18.400
2 kroniske sygdomme	2,6	24.200	3,5	32.100
3+ kroniske sygdomme	2,1	45.200	2,9	60.000
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	6,3	22.600	8,4	30.100
Forhøjet kolesterol	3,8	22.900	5,1	30.600
Moderat overvægt	3,5	8.400	4,7	11.400
Svær overvægt	1,8	11.700	2,5	15.900

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

*Omkostninger ved indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. skadestue) og genoptræning.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.4 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (psykiatriske afdelinger)

I dette afsnit opgøres omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren for psykiatriske afdelinger i 2012. Heri er inkluderet omkostninger ved behandlinger på hospitaler i andre regioner eller privathospitaler betalt af Region Hovedstaden. Omkostningerne er opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person. Den kommunale medfinansiering udgør differencen.

Ydelser i hospitalssektoren for psykiatriske afdelinger omfatter:

- Akutte og planlagte psykiatriske hospitalsindlæggelser, ambulante kontakter, skadestuebesøg.

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektorens psykiatriske afdelinger udgør 2,8 mia. kr., svarende til 2.000 kr. pr. person i regionen (tabel 6.4). Den kommunale

medfinansiering udgør i alt 0,4 mia. kr., mens de regionale omkostninger er seks gange større og udgør i alt 2,4 mia. kr.

En femtedel af omkostningerne ved ydelser i den psykiatriske hospitalssektor, i alt 0,5 mia. kr. dækker ydelser til borgere uden kronisk sygdom. For de kroniske sygdomme varierer de totale omkostninger til sundhedsydelser i hospitalssektoren fra 41 mio. kr. (demens) til 1,8 mia. kr. mens de totale omkostninger pr. person varierer fra 600 kr. til 46.300 kr. De største totale omkostninger og største udgifter pr. person ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

For de biologiske risikofaktorer ses de største totale omkostninger og omkostninger pr. person blandt borgere med svær overvægt.

Multisygdom: De totale omkostninger ved ydelser i den psykiatriske hospitalssektor er syv gange så store blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Derimod er der ingen større variation i omkostningerne pr. person mellem borgere med et forskelligt antal kroniske sygdomme.

6.5 Medicinomkostninger

I dette afsnit opgøres omkostninger til medicin købt på recept i 2012. Der skelnes mellem følgende typer af omkostninger:

- Regionale omkostninger: Dækker det regionale tilskud, der gives på baggrund af lægemiddel og pris.
- Kommunal medfinansiering: Dækker de kommunale tilskud, som gives på baggrund af sociale forhold i henhold til Pensionsloven, Lov om aktiv social politik eller Lov om social service
- Borgerens egenbetaling: Dækker den del af omkostningerne, der er tilbage efter eventuelle regionale og kommunale tilskud.
- Totale omkostninger: Summen af regionale omkostninger og den kommunale medfinansiering samt borgerens egenbetaling.

Omkostningerne er opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person.

De totale medicinomkostninger udgør 2,8 mia. kr., svarende til 2.000 kr. pr. person (tabel 6.5). Borgernes egenbetaling udgør ca. en tredjedel af omkostningerne, i alt 1 mia. kr. (resultater ikke vist). Den kommunale medfinansiering udgør 0,1 mia. kr. (resultater ikke vist), mens de regionale omkostninger udgør langt størstedelen af medicinomkostningerne, i alt 1,6 mia. kr.

For de kroniske sygdomme varierer de totale medicinomkostninger fra 0,1 mia. kr. til 0,8 mia. kr., mens omkostningerne pr. person varierer fra 2.200 kr. til 9.700 kr.

De største totale medicinomkostninger ses blandt borgere med diabetes, slidgigt og luftvejsallergi, mens de største udgifter pr. person ses blandt borgere med KOL, svær psykisk lidelse og demens. Størstedelen af variationen i omkostninger pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger. På tværs af de kroniske sygdomme er der meget lille variation i den kommunale medfinansiering pr. person (resultater ikke vist). Det skyldes, at de kommunale tilskud begrænser borgernes omkostninger og dermed skaber større lighed i egenbetalingen.

For de biologiske risikofaktorer ses de største totale omkostninger blandt borgere med forhøjet blodtryk, mens de største omkostninger pr. person ses blandt borgere med forhøjet kolesterol.

Multisygdom: De totale medicinomkostninger er dobbelt så store blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Derimod er medicinomkostningerne pr. person mere end tre gange større blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

Tabel 6.4 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (psykiatriske afdelinger)* i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	2,4	1.700	2,8	2.000
Uden kronisk sygdom	0,4	500	0,5	500
Diabetes	0,2	2.300	0,2	2.600
Hjertesygdom	0,1	1.600	0,1	1.800
Hjertesygdom (F)	0,0	1.600	0,0	1.800
Apopleksi	0,1	2.200	0,1	2.500
KOL	0,1	2.800	0,1	3.200
Astma	0,2	2.600	0,2	3.000
Kræft	0,0	1.100	0,1	1.200
Inflammatorisk ledsygdom	0,0	1.200	0,0	1.400
Slidgigt	0,1	500	0,1	600
Rygsygdom	0,3	1.800	0,3	2.000
Knogleskørhed	0,0	1.300	0,1	1.500
Antidepressiv medicin	0,2	3.000	0,2	3.500
Svær psykisk lidelse	1,6	40.400	1,8	46.300
Demens#	0,0	3.400	0,0	4.000
Luftvejsallergi	0,3	1.900	0,4	2.200
Hyppig hovedpine/migræne	0,3	1.500	0,3	1.700
Multisygdom (12 sygdomme)				
1 kronisk sygdom	1,3	4.200	1,5	4.800
2 kroniske sygdomme	0,5	4.400	0,5	5.000
3+ kroniske sygdomme	0,2	4.500	0,2	5.100
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	0,4	1.600	0,5	1.800
Forhøjet kolesterol	0,3	1.600	0,3	1.800
Moderat overvægt	0,5	1.100	0,5	1.300
Svær overvægt	0,5	3.100	0,6	3.600

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

Omkostninger mindre end 100 mio. kr. vises ikke i tabellen på grund af afrunding

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

*Omkostninger ved indlæggelser og ambulante kontakter (inkl. skadestue)

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

Tabel 6.5 Medicinomkostninger* i 2012

	Regionale omkostninger**		Totale omkostninger***	
	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mia. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	1,6	1.100	2,8	2.000
Uden kronisk sygdom	0,3	300	0,7	700
Diabetes	0,4	5.200	0,6	7.500
Hjertesygdom	0,3	4.600	0,4	6.900
Hjertesygdom (F)	0,1	4.700	0,2	7.000
Apopleksi	0,1	4.000	0,2	6.200
KOL	0,3	6.700	0,4	9.300
Astma	0,2	3.100	0,3	4.800
Kræft	0,1	2.800	0,2	4.200
Inflammatorisk ledsygdom	0,1	3.600	0,2	5.400
Slidgigt	0,5	2.100	0,8	3.500
Rygsygdom	0,3	1.700	0,5	2.900
Knogleskørhed	0,1	4.300	0,2	6.400
Antidepressiv medicin	0,2	3.300	0,4	5.300
Svær psykisk lidelse	0,3	6.900	0,4	9.400
Demens#	0,1	6.500	0,1	9.700
Luftvejsallergi	0,4	2.400	0,7	3.800
Hyppig hovedpine/migræne	0,2	1.200	0,4	2.200
Multisygdom (12 sygdomme)				
1 kronisk sygdom	0,6	1.800	1,0	3.100
2 kroniske sygdomme	0,4	4.000	0,7	6.100
3+ kroniske sygdomme	0,4	7.400	0,5	10.300
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	0,8	3.000	1,4	4.900
Forhøjet kolesterol	0,6	3.600	0,9	5.500
Moderat overvægt	0,4	1.000	0,8	1.900
Svær overvægt	0,3	2.100	0,5	3.300

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.

#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

* Omkostninger ved medicin købt på recept i 2012.

** Regionalt tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris.

*** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.

6.6 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

I dette afsnit beskrives omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med diabetes i regionens planlægningsområder. Desuden præsenteres omkostningerne for de enkelte hospitaler i tabellerne. Der skelnes mellem ydelser i praksis- og hospitalssektoren samt medicinomkostninger. I de enkelte tabeller er omkostningerne opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og

omkostninger pr. person. En stor del af variationen i de totale udgifter skyldes, at der er forskel på antallet af borgere i de enkelte planlægningsområder samt forskel i fordelingen af socioøkonomiske faktorer, hvilket medfører, at forekomsten af diabetes varierer mellem de enkelte planlægningsområder. I beskrivelsen af planlægningsområderne fokuseres der derfor primært på omkostninger pr. person.

6.6.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med diabetes

De totale omkostninger ved ydelser i praksissektoren blandt borgere med diabetes udgør 4.400 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.6). Totalomkostningerne varierer fra 4.100 kr. i planlægningsområderne Syd og Byen til 4.800 kr.

pr. person i planlægningsområde Nord. Stort set hele variationen i omkostningerne pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger.

Tabel 6.6 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)* blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	304	3.700	357	4.400
Planlægningsområde Nord	68	4.100	79	4.800
Planlægningsområde Midt	82	3.900	95	4.500
Gentofte Hospital	32	4.000	37	4.700
Herlev Hospital	50	3.700	58	4.400
Planlægningsområde Syd	86	3.500	102	4.100
Amager Hospital	25	3.500	30	4.100
Glostrup Hospital	28	3.600	33	4.200
Hvidovre Hospital	33	3.500	39	4.100
Planlægningsområde Byen	56	3.500	66	4.100
Bispebjerg Hospital	36	3.400	43	4.000
Frederiksberg Hospital	20	3.600	24	4.300

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved ydelser hos almen praksis, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, tandlæge.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.6.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med diabetes

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren blandt borgere med diabetes udgør 35.900 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.7). Omkostningerne varierer fra

33.000 kr. pr. person i planlægningsområde Midt til 40.800 kr. pr. person i planlægningsområde Byen.

Tabel 6.7 Omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)* blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	2.202	26.900	2.938	35.900
Planlægningsområde Nord	424	25.700	564	34.100
Planlægningsområde Midt	520	24.600	698	33.000
Gentofte Hospital	195	24.700	263	33.200
Herlev Hospital	325	24.500	435	32.800
Planlægningsområde Syd	689	28.100	917	37.500
Amager Hospital	208	28.600	277	38.100
Glostrup Hospital	214	27.700	286	36.900
Hvidovre Hospital	267	28.100	355	37.400
Planlægningsområde Byen	496	30.700	660	40.800
Bispebjerg Hospital	320	30.100	426	40.100
Frederiksberg Hospital	176	31.700	234	42.200

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved indlæggelser, ambulante kontakter (inklusive skadestue) og genoptræning.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.6.3 Medicinomkostninger blandt borgere med diabetes

De totale medicinomkostninger blandt borgere med diabetes udgør 7.500 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.8).

Omkostningerne pr. person varierer stort set ikke mellem planlægningsområderne.

Tabel 6.8 Medicinomkostninger* blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger**		Totale omkostninger***	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	428	5.200	611	7.500
Planlægningsområde Nord	90	5.500	128	7.800
Planlægningsområde Midt	108	5.100	156	7.400
Gentofte Hospital	40	5.100	58	7.300
Herlev Hospital	68	5.200	97	7.400
Planlægningsområde Syd	129	5.300	183	7.500
Amager Hospital	39	5.400	55	7.600
Glostrup Hospital	39	5.100	56	7.300
Hvidovre Hospital	50	5.300	71	7.500
Planlægningsområde Byen	85	5.300	122	7.500
Bispebjerg Hospital	55	5.200	78	7.400
Frederiksberg Hospital	30	5.500	43	7.800

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved medicin købt på recept i 2012

** Regionalt tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris.

*** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.

6.7 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

I dette afsnit beskrives omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med hjertesygdom (F) i regionens planlægningsområder. Desuden præsenteres omkostningerne for de enkelte hospitaler i tabellerne. Der skelnes mellem ydelser i praksis- og hospitalssektoren samt medicinomkostninger. I de enkelte tabeller er omkostningerne opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person. En stor del af variationen i

de totale udgifter skyldes, at der er forskel på antallet af borgere i de enkelte planlægningsområder samt forskel i fordelingen af socioøkonomiske faktorer, hvilket medfører, at forekomsten af hjertesygdom (F) varierer mellem de enkelte planlægningsområder. I beskrivelsen af planlægningsområderne fokuseres der derfor primært på udgifter pr. person. Hjertesygdom (F) svarer til definitionen af hjertesygdom i regionens forløbsprogram.

6.7.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med hjertesygdom

De totale omkostninger ved ydelser i praksissektoren blandt borgere med hjertesygdom (F) udgør 4.100 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.9). Omkostningerne varierer fra 3.900 kr. pr. person i planlægningsområderne Syd og Byen

til 4.400 kr. pr. person i planlægningsområderne Nord og Midt. Størstedelen af variationen i udgifter pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger.

Tabel 6.9 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)* blandt borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	81	3.500	94	4.100
Planlægningsområde Nord	16	3.800	19	4.400
Planlægningsområde Midt	23	3.800	27	4.400
Gentofte Hospital	10	4.000	12	4.700
Herlev Hospital	13	3.600	15	4.200
Planlægningsområde Syd	21	3.300	25	3.900
Amager Hospital	7	3.300	8	3.900
Glostrup Hospital	6	3.500	7	4.000
Hvidovre Hospital	8	3.200	10	3.700
Planlægningsområde Byen	17	3.300	21	3.900
Bispebjerg Hospital	11	3.200	13	3.800
Frederiksberg Hospital	6	3.400	8	4.000

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved ydelser hos almen praksis, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, tandlæge.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.7.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med hjertesygdom

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren blandt borgere med hjertesygdom (F) er 55.900 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.10). Omkostningerne

varierer fra 51.600 kr. pr. person i planlægningsområde Midt til 59.400 kr. pr. person i planlægningsområde Byen.

Tabel 6.10 Omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)* blandt borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	962	41.900	1.283	55.900
Planlægningsområde Nord	184	43.400	243	57.400
Planlægningsområde Midt	236	38.700	314	51.600
Gentofte Hospital	101	38.700	135	51.500
Herlev Hospital	135	38.700	180	51.600
Planlægningsområde Syd	280	43.300	372	57.500
Amager Hospital	97	45.700	128	60.500
Glostrup Hospital	76	43.200	101	57.000
Hvidovre Hospital	107	41.300	143	55.300
Planlægningsområde Byen	234	44.300	314	59.400
Bispebjerg Hospital	152	44.700	204	60.000
Frederiksberg Hospital	82	43.500	110	58.400

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. skadestue) og genoptræning.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.7.3 Medicinomkostninger blandt borgere med hjertesygdom

De totale medicinomkostninger blandt borgere med hjertesygdom (F) udgør 7.000 kr. pr. person i Region Hovedstaden

(tabel 6.11). Omkostningerne pr. person varierer stort set ikke mellem planlægningsområderne.

Tabel 6.11 Medicinomkostninger* blandt borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger**		Totale omkostninger***	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	108	4.700	161	7.000
Planlægningsområde Nord	20	4.600	29	6.900
Planlægningsområde Midt	28	4.600	42	6.900
Gentofte Hospital	12	4.600	19	7.100
Herlev Hospital	16	4.600	24	6.800
Planlægningsområde Syd	31	4.900	46	7.100
Amager Hospital	11	5.200	16	7.600
Glostrup Hospital	9	4.900	13	7.100
Hvidovre Hospital	12	4.600	17	6.700
Planlægningsområde Byen	25	4.700	37	7.100
Bispebjerg Hospital	16	4.700	24	7.000
Frederiksberg Hospital	9	4.800	13	7.200

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved medicin købt på recept i 2012

** Regionalt tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris.

*** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.

6.8 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

I dette afsnit beskrives omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med KOL i regionens planlægningsområder. Desuden præsenteres omkostningerne for de enkelte hospitaler i tabellerne. Der skelnes mellem sundhedsydelser i praksis- og hospitalssektoren samt medicinomkostninger. I de enkelte tabeller er omkostningerne opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og

omkostninger pr. person. En stor del af variationen i de totale udgifter skyldes, at der er forskel på antallet af borgere i de enkelte planlægningsområder samt forskel i fordelingen af socioøkonomiske faktorer, hvilket medfører, at forekomsten af KOL varierer mellem de enkelte planlægningsområder. I beskrivelsen af planlægningsområderne fokuseres der derfor primært på udgifter pr. person.

6.8.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med KOL

De totale omkostninger ved ydelser i praksissektoren blandt borgere med KOL udgør 4.200 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.12). Omkostningerne varierer fra 4.000 kr. pr.

person i planlægningsområde Syd til 4.700 kr. pr. person i planlægningsområde Nord. Størstedelen af variationen i udgifter pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger.

Tabel 6.12 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)* blandt borgere med KOL i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	140	3.600	164	4.200
Planlægningsområde Nord	32	4.000	37	4.700
Planlægningsområde Midt	37	3.700	43	4.300
Gentofte Hospital	13	3.900	16	4.600
Herlev Hospital	23	3.600	27	4.200
Planlægningsområde Syd	40	3.400	46	4.000
Amager Hospital	12	3.300	14	4.000
Glostrup Hospital	13	3.500	15	4.100
Hvidovre Hospital	15	3.300	17	3.900
Planlægningsområde Byen	28	3.400	33	4.100
Bispebjerg Hospital	18	3.400	21	4.000
Frederiksberg Hospital	10	3.500	12	4.200

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved ydelser hos almen praksis, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, tandlæge.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.8.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med KOL

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren blandt borgere med KOL udgør 50.200 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.13). Omkostningerne varierer fra

43.600 kr. pr. person i planlægningsområde Midt til 57.200 kr. pr. person i planlægningsområde Byen.

Tabel 6.13 Omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)* blandt borgere med KOL i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	1.466	37.700	1.952	50.200
Planlægningsområde Nord	282	35.400	374	46.900
Planlægningsområde Midt	323	32.500	432	43.600
Gentofte Hospital	108	32.000	146	42.900
Herlev Hospital	214	32.800	287	43.900
Planlægningsområde Syd	468	40.200	623	53.500
Amager Hospital	164	45.300	216	59.600
Glostrup Hospital	132	36.400	176	48.700
Hvidovre Hospital	172	39.200	230	52.400
Planlægningsområde Byen	352	43.100	467	57.200
Bispebjerg Hospital	231	44.500	305	58.700
Frederiksberg Hospital	121	40.600	162	54.500

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. skadestue) og genoptræning.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.8.3 Medicinomkostninger blandt borgere med KOL

De totale medicinomkostninger blandt borgere med KOL er 9.300 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.14). Omkostningerne varierer fra 8.900 kr. pr. person i planlægningsområde Midt til 9.800 kr. pr. person i planlægningsområde Nord.

Tabel 6.14 Medicinomkostninger* blandt borgere med KOL i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger**		Totale omkostninger***	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	260	6.700	360	9.300
Planlægningsområde Nord	57	7.200	78	9.800
Planlægningsområde Midt	63	6.400	88	8.900
Gentofte Hospital	21	6.300	30	8.900
Herlev Hospital	42	6.400	58	8.900
Planlægningsområde Syd	76	6.500	106	9.100
Amager Hospital	24	6.600	33	9.100
Glostrup Hospital	24	6.500	33	9.000
Hvidovre Hospital	29	6.600	40	9.100
Planlægningsområde Byen	55	6.700	77	9.400
Bispebjerg Hospital	35	6.700	48	9.300
Frederiksberg Hospital	20	6.800	28	9.400

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved medicin købt på recept i 2012

** Regionalt tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris.

*** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.

6.9 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

I dette afsnit beskrives omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i regionens planlægningsområder. Desuden præsenteres omkostningerne for de enkelte hospitaler i tabellerne. Der skelnes mellem sundhedsydelser i praksis- og hospitalssektoren samt medicinomkostninger. I de enkelte tabeller er omkostningerne opdelt i regionale og totale omkostninger, og der skelnes mellem totale omkostninger og omkostninger pr. person. En

stor del af variationen i de totale udgifter skyldes, at der er forskel på antallet af borgere i de enkelte planlægningsområder, forskelle i fordelingen af socioøkonomiske faktorer samt forskelle i hvilke sygdomskombinationer borgerne har, hvilket medfører, at forekomsten af 3 eller flere kroniske sygdomme varierer mellem de enkelte planlægningsområder. I beskrivelsen af planlægningsområderne fokuseres der derfor primært på udgifter pr. person.

6.9.1 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser) blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme

De totale omkostninger ved ydelser i praksissektoren blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme udgør 5.500 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.15). Omkostningerne varierer fra 5.200 kr. pr. person i planlægningsområde Syd til

6.200 kr. pr. person i planlægningsområde Nord. Størstedelen af variationen i udgifter pr. person skyldes variation i de regionale omkostninger.

Tabel 6.15 Omkostninger ved ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser)* blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	224	4.700	261	5.500
Planlægningsområde Nord	47	5.400	54	6.200
Planlægningsområde Midt	62	4.800	72	5.600
Gentofte Hospital	27	5.100	32	5.900
Herlev Hospital	34	4.600	40	5.400
Planlægningsområde Syd	60	4.400	71	5.200
Amager Hospital	18	4.400	21	5.100
Glostrup Hospital	19	4.500	22	5.300
Hvidovre Hospital	23	4.400	27	5.100
Planlægningsområde Byen	48	4.500	57	5.300
Bispebjerg Hospital	30	4.500	35	5.300
Frederiksberg Hospital	18	4.500	21	5.200

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved ydelser hos almen praksis, vagtlæge, speciallæger, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, genoptræning, psykolog, tandlæge.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.9.2 Omkostninger ved ydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger) blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme

De totale omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme udgør 60.000 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.16). Omkost-

ningerne varierer fra 55.200 kr. pr. person i planlægningsområde Midt til 63.900 kr. pr. person i planlægningsområde Byen.

Tabel 6.16 Omkostninger ved sundhedsydelser i hospitalssektoren (somatiske afdelinger)* blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne i 2012

	Regionale omkostninger		Totale omkostninger**	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	2.150	45.200	2.854	60.000
Planlægningsområde Nord	394	45.400	521	60.000
Planlægningsområde Midt	528	41.500	703	55.200
Gentofte Hospital	222	41.500	295	55.200
Herlev Hospital	306	41.500	408	55.200
Planlægningsområde Syd	652	47.800	864	63.300
Amager Hospital	208	50.300	275	66.500
Glostrup Hospital	194	46.100	257	61.200
Hvidovre Hospital	250	47.100	331	62.400
Planlægningsområde Byen	515	48.100	684	63.900
Bispebjerg Hospital	320	47.700	424	63.400
Frederiksberg Hospital	195	48.800	260	64.900

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved indlæggelser, ambulante kontakter (inkl. skadestue) og genoptræning.

** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger og kommunal medfinansiering.

6.9.3 Medicinomkostninger blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme

De totale medicinomkostninger blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme udgør 10.300 kr. pr. person i Region Hovedstaden (tabel 6.17). Omkostningerne varierer fra 9.900 kr.

pr. person i planlægningsområde Byen til 11.000 kr. pr. person i planlægningsområde Nord.

Tabel 6.17 Medicinomkostninger* blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne i 2012

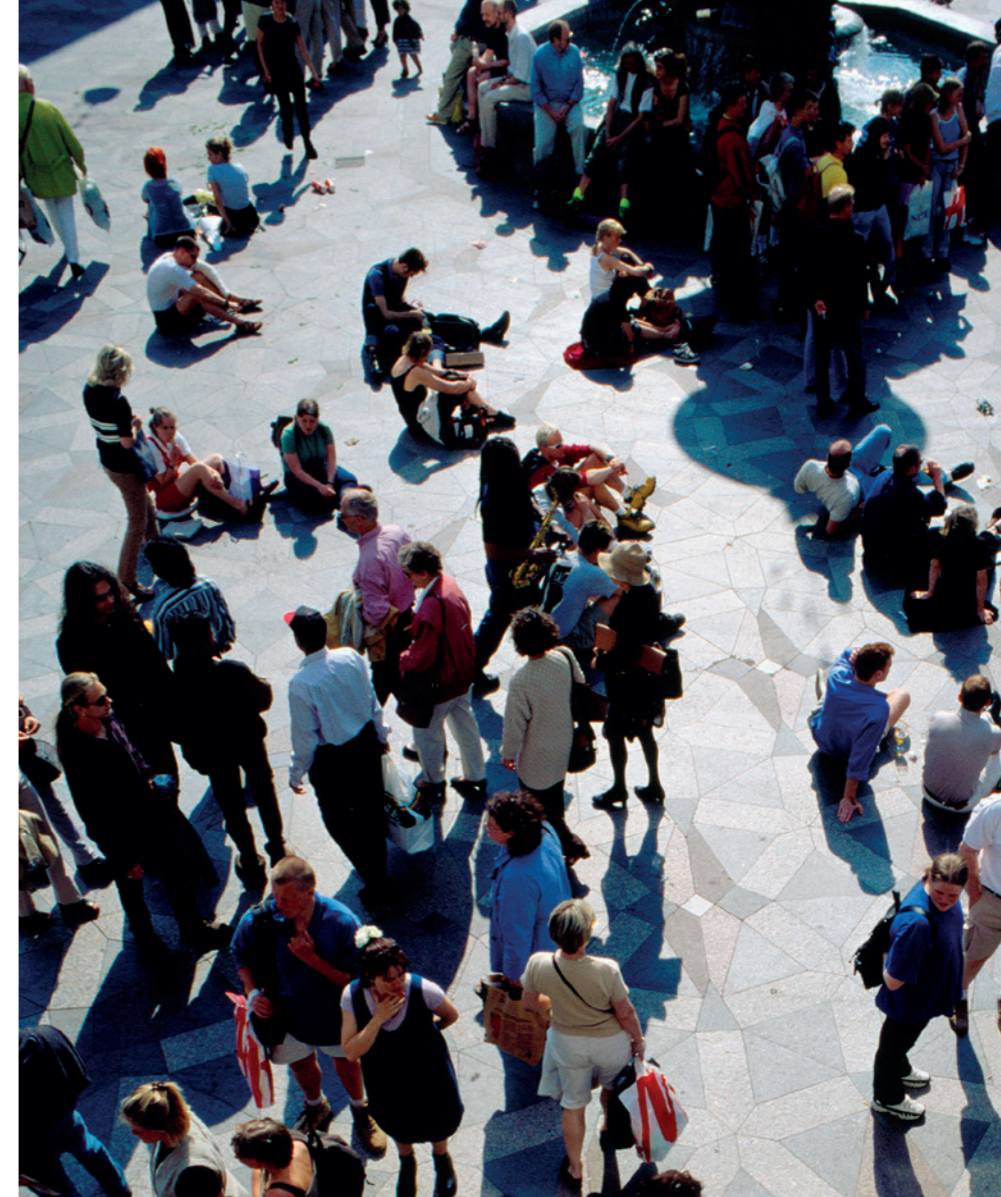
	Regionale omkostninger**		Totale omkostninger***	
	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr. person (kr.)
Region Hovedstaden	353	7.400	491	10.300
Planlægningsområde Nord	70	8.000	96	11.000
Planlægningsområde Midt	92	7.200	129	10.200
Gentofte Hospital	36	6.800	53	9.800
Herlev Hospital	56	7.600	77	10.400
Planlægningsområde Syd	103	7.600	142	10.400
Amager Hospital	31	7.500	43	10.400
Glostrup Hospital	32	7.600	44	10.500
Hvidovre Hospital	40	7.600	55	10.400
Planlægningsområde Byen	75	7.000	106	9.900
Bispebjerg Hospital	46	6.900	65	9.800
Frederiksberg Hospital	29	7.200	41	10.200

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

* Omkostninger ved medicin købt på recept i 2012

** Regionalt tilskud givet på baggrund af lægemiddel og pris.

*** Totale omkostninger inkluderer regionale omkostninger, kommunal medfinansiering samt borgernes egenbetaling af medicin.



Kapitel 7

Ressourceforbrug blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom



7 Ressourceforbrug blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

- Blandt de mest omkostningstunge borgere ses generelt en højere forekomst af mange af de kroniske sygdomme sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom.
- Blandt de mest omkostningstunge borgere har en større andel kontakt til sundhedsvæsenet, især til hospitalssektoren, sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom. De største forskelle ses for planlagte indlæggelser samt forebyggelige og akutte genindlæggelser.
- Omkostningerne pr. person er næsten ti gange større blandt de 5 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom og hele 18 gange større blandt de 1 % mest omkostningstunge borgere sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom.

Ifølge Danske Regioner koster det danske sundhedsvæsen årligt ca. 103 milliarder kr., hvilket svarer til ca. 18.500 kroner pr. borger [31]. Der er dog store forskelle på de enkelte borgeres ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. En amerikansk undersøgelse viser, at de 5 % mest omkostningstunge borgere står for 49 % af de samlede omkostninger i sundhedsvæsenet, mens de 1 % mest omkostningstunge borgere står for 22 % af de samlede sundhedsomkostninger [35]. Til sammenligning står de 50 % mindst omkostningstunge borgere kun for 3 % af de samlede sundhedsomkostninger. Analyser fra Region Sjælland viser, at de 1 % mest omkostningstunge borgere i regionen står for 29 % af omkostningerne og 35 % af sengedagene [36].

En stor del af de omkostningstunge borgere forbliver ofte omkostningstunge over en årrække [35]. I Region Sjælland forbliver ca. 22 % af de 1 % mest omkostningstunge borgere i gruppen i flere år [36]. Mange borgere med kronisk sygdom, som eksempelvis astma og diabetes, vil være i behandling i mange år, men ikke nødvendigvis høre til blandt de mest omkostningstunge borgere, med mindre de har akutte episoder eller komplikationer, der kræver indlæggelse eller anden omkostningstung behandling [35]. Undersøgelser peger på at borgere med hjertesygdom, lungesygdom/KOL, psykiske lidelser, kræft og traumer står for et højt ressourceforbrug [35;37]. Hjertesygdom og traumer har de højeste totale omkostninger, mens kræft har de højeste omkostninger pr. person.

I dette kapitel tegnes et billede af de borgere med kronisk sygdom, som er mest omkostningstunge. I overensstemmelse med udenlandske opgørelser, fokuserer kapitlet på de henholdsvis 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere (i tabellerne kaldet de 5 % og 1 % dyreste) [35]. For disse borgere opgøres forekomsten af kroniske sygdomme, sociodemografi, forbrug

af sundhedsydelse samt omkostninger herved. Resultater for multisygdom angives for multisygdom (12 sygdomme), hvor forekomsten baseres alene på registeroplysninger (se kapitel 1)

Oplysninger om de mest omkostningstunge borgere stammer fra:

- Forekomst af kroniske sygdomme: Blandt andet fra Landspatientregistret (LPR), Landspatientregistret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemedel-databasen.
- Sociodemografiske forhold: Blandt andet fra Det Centrale Personregister, Uddannelsesregisteret og Indkomstregisteret.
- Forbrug af sundhedsydelser: Sygesikringsregisteret, LPR og LPR-PSYK.
- Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser: Sygesikringsregisteret, Lægemedeldatabasen samt takstdata (Region Hovedstadens DRG- og DAGS-registreringer) på det somatiske og psykiatriske område.

På forskningscentrets hjemmeside kan følgende materiale findes:

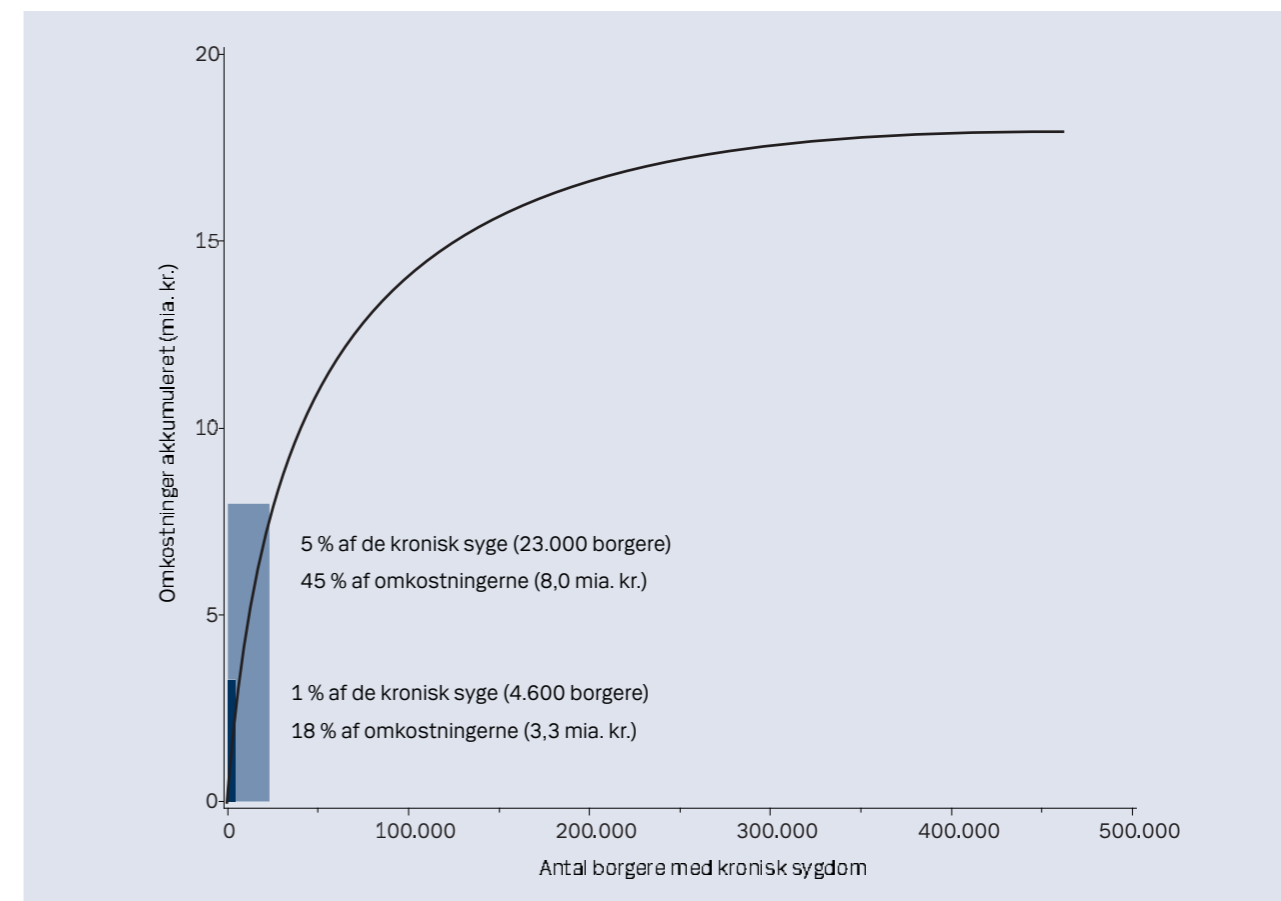
- Et udvalg af kommunetabeller

7.1 De mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

I Region Hovedstaden står de 5 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom for 45 % af sundhedsomkostningerne (figur 7.1). Omkostningerne for de 5 % mest omkostningstunge borgere, som i antal udgør 23.000 borgere, er 8 mia.

kr. (den brede lyseblå søjle). De 1 % mest omkostningstunge borgere står for 18 % af omkostningerne. Omkostningerne for de 4.600 borgere udgør 3,3 mia. kr. (den smalle mørkeblå søjle).

Figur 7.1 Fordeling af samlede omkostninger blandt borgere med kronisk sygdom



Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

I det følgende beskrives forekomsten af kronisk sygdom blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom. Herefter

beskrives borgernes sociodemografiske sammensætning og afslutningsvis deres geografiske fordeling, dvs. hvor de er bosat.

7.2 Forekomst af kroniske sygdomme blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

Generelt ses en højere forekomst af mange af de kroniske sygdomme blandt de mest omkostningstunge borgere sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom (tabel 7.1). Eksempelvis har 10 % blandt alle borgere med kronisk sygdom kræft, mens det gælder 27 % i grupperne med de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere. Forekomsten af hjertesygdom, hjertesygdom (F), apopleksi, KOL og inflammatorisk ledsygdom er ca. dobbelt så stor blandt de mest omkostningstunge borgere sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom. For kræft og svær psykisk lidelse er forekomsten næsten tre gange større. Men for nogle sygdomme ses den omvendte tendens. Forekomsten af astma, langvarig behandling med antidepressiv medicin, demens, luftvejsallergi og hyppig hovedpine/migræne er mindre blandt de mest omkostningstunge borgere sammen-

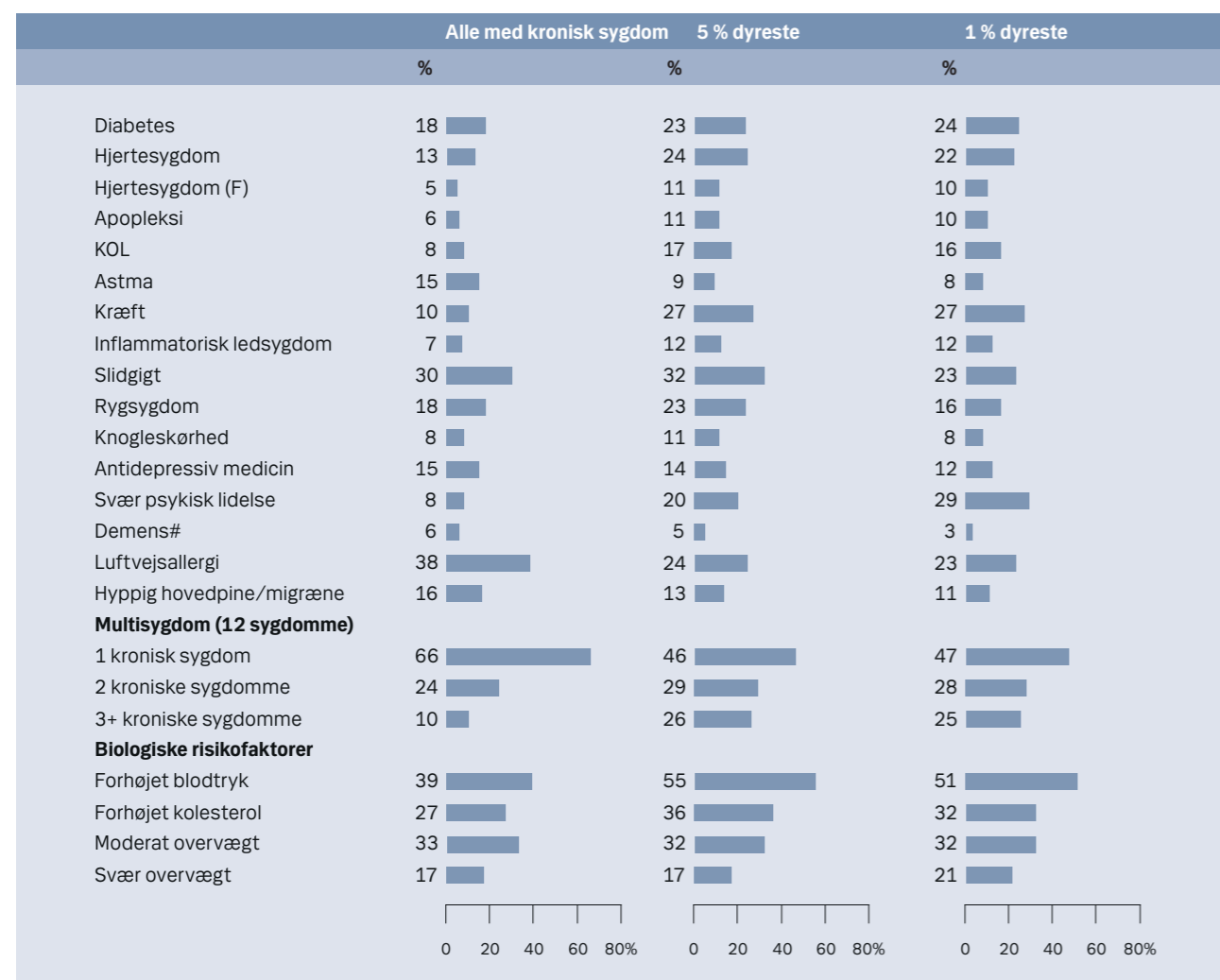
lignet med alle med kronisk sygdom. Eksempelvis har 38 % blandt alle borgere med kronisk sygdom luftvejsallergi, mens det gælder henholdsvis 24 % og 23 % blandt de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere.

For de biologiske risikofaktorer ses, at en markant større andel blandt de mest omkostningstunge borgere har forhøjet blodtryk sammenlignet med alle med kronisk sygdom.

Multisygdom:

Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme er mere end dobbelt så stor blandt de mest omkostningstunge borgere sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom.

Tabel 7.1 Forekomst af kronisk sygdom blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom



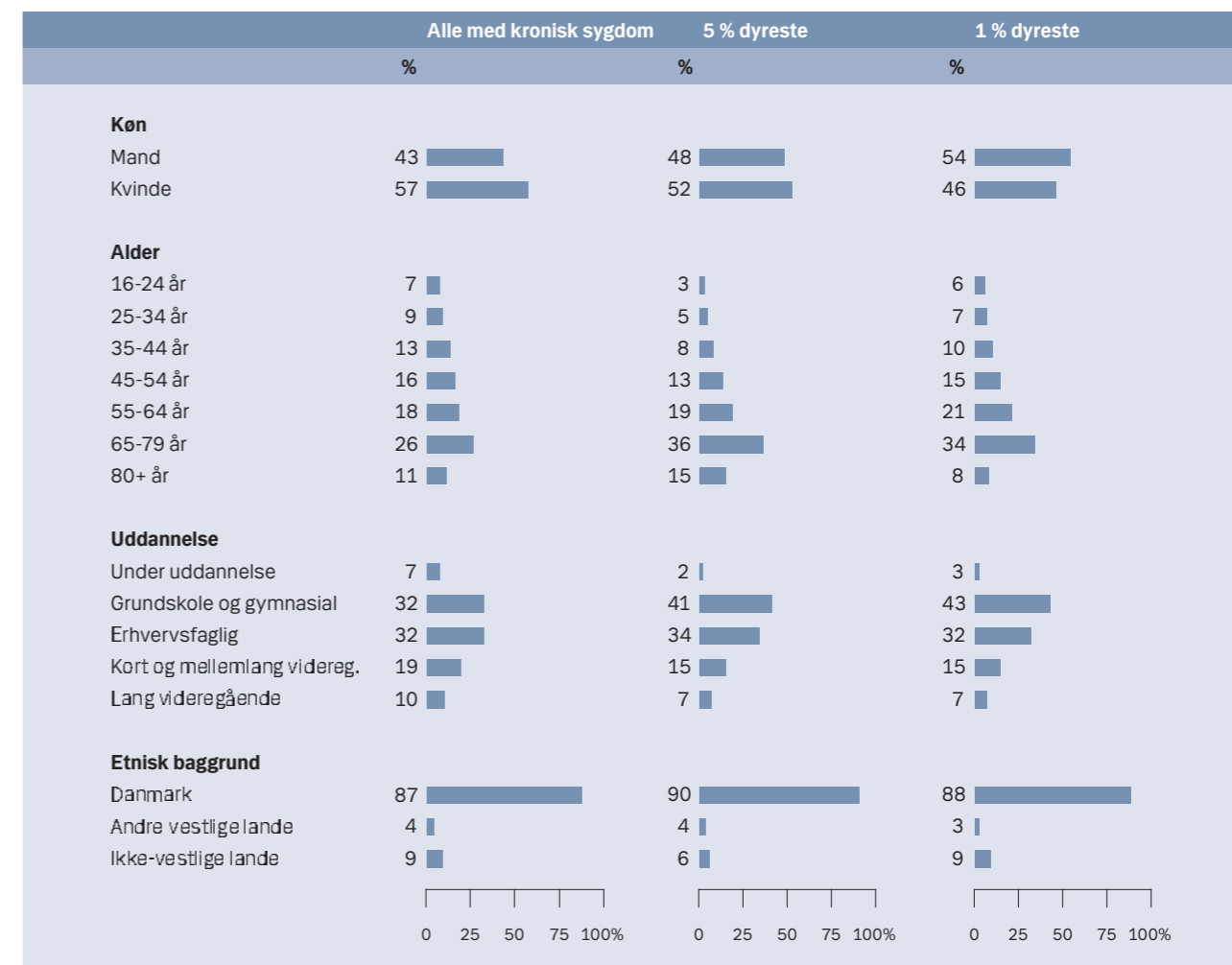
Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på oplysninger fra registre.
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

7.3 Sociodemografi blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

Lidt over halvdelen af de 5 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom er kvinder, mens det er lidt under halvdelen blandt de 1 % mest omkostningstunge (tabel 7.2). Sammenlignet med alle med kronisk sygdom ses en større andel af borgere på 65 år eller derover blandt de mest omkostningstunge borgere. En lidt større andel af de mest omkostning-

stunge borgere har en grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med alle med kronisk sygdom. Samtidig har en lavere andel en videregående uddannelse. Der er ikke nogen væsentlig forskel på fordelingen af etnisk baggrund blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere.

Tabel 7.2 Sociodemografi blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom



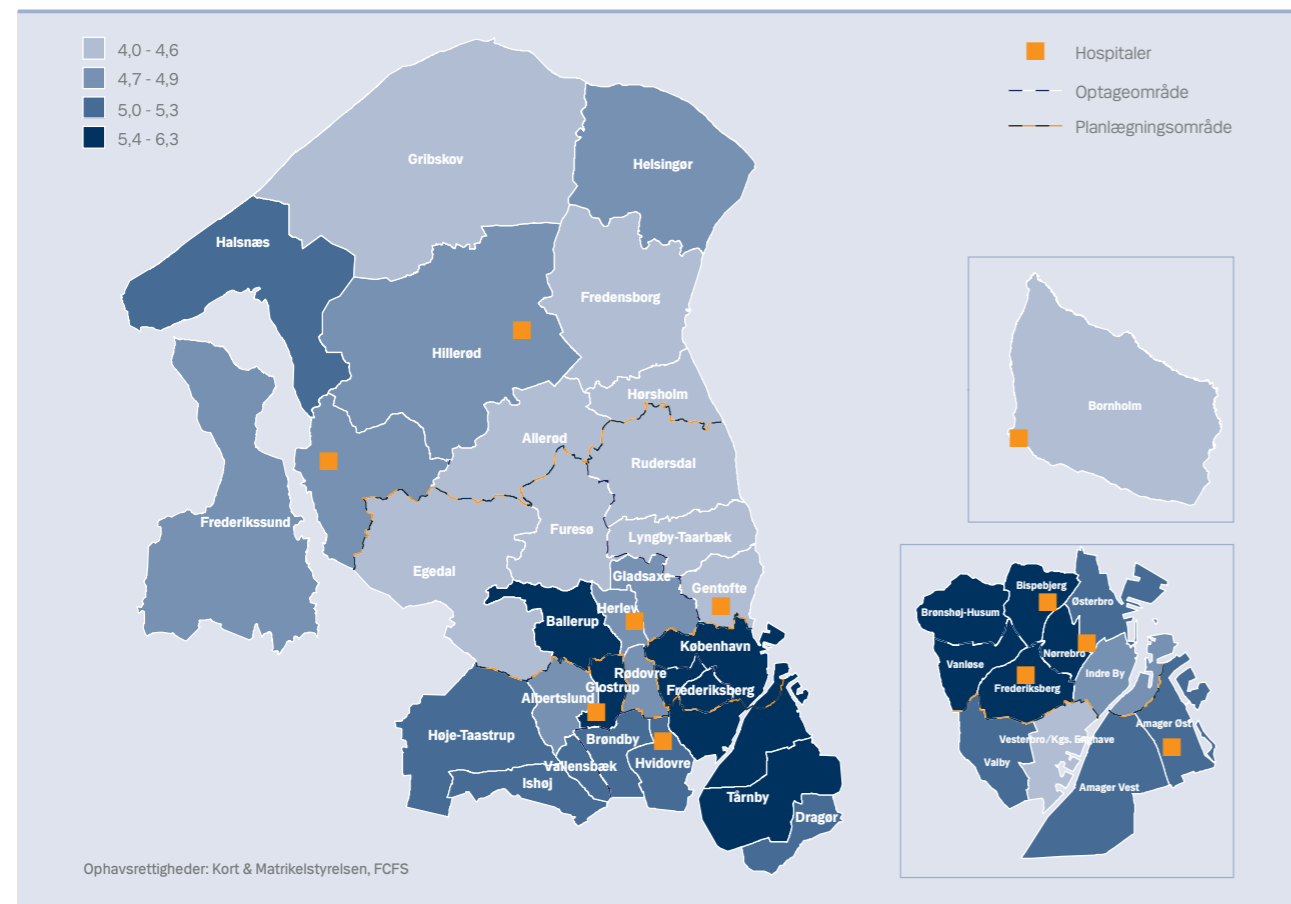
Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

7.4 Den geografiske fordeling af de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

Andelen af borgere med kronisk sygdom, som er blandt de 5 % mest omkostningstunge, er størst i Ballerup, Frederiksberg,

Tårnby og Glostrup kommuner samt i bydelene Vanløse, Nørrebro, Brønshøj-Husum og Bispebjerg (figur 7.2).

Figur 7.2 Den geografiske fordeling af borgere med kronisk sygdom, som er blandt de 5 % mest omkostningstunge



med alle med kronisk sygdom. Og blandt de mest omkostningstunge borgere er andelen med mindst én planlagt indlæggelse seks gange større end blandt alle med kronisk sygdom, mens andelen med mindst én akut genindlæggelse er ni til ti gange

større. Desuden er andelen af forebyggelige indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover fire til fem gange større blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom.

Tabel 7.3 Kontakter til den somatiske hospitalssektor blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

	Alle med kronisk sygdom	5 % dyreste	1 % dyreste
	%	%	%
0-4 kontakter til almen praksis	28	17	25
5-9 kontakter til almen praksis	27	17	19
10 eller flere kontakter til almen praksis	44	66	56
Mindst én kontakt til speciallægepraksis	47	45	36
Mindst én kontakt til vagtlæge	25	51	52
Mindst ét skadestuebesøg	17	44	46
0-4 ambulante besøg	80	30	32
5-9 ambulante besøg	11	16	11
10 eller flere ambulante besøg	9	54	56
Mindst én planlagt indlæggelse	8	42	42
Mindst én akut indlæggelse	17	71	76
Mindst én akut genindlæggelse	4	35	41
Mindst én forebyggelig indlæggelse	3	15	12

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre. Forebyggelige indlæggelser opgøres kun for borgere på 65 år og derover.

Blandt alle med kronisk sygdom har meget få borgere kontakter til den psykiatriske hospitalssektor, mens andelen er væsentlig større blandt de mest omkostningstunge borgere (tabel 7.4). For eksempel har én ud af seks borgere blandt de 5 % mest omkost-

ningstunge borgere med kronisk sygdom haft én af tabellens tre kontakttyper til den psykiatriske hospitalssektor, mens det gælder én ud af fire blandt de 1 % mest omkostningstunge.

7.5 Forbrug af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

I det følgende beskrives forbruget af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Forbruget opgøres blandt alle borgere med kronisk sygdom samt blandt de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom. Forbruget opgøres som kontakter til henholdsvis praksissektor (kontakter til almen

praksis, årskontrol ved almen praksis, kontakt til vagtlæge, kontakt til speciallægepraksis) og hospitalssektor (indlæggelser, sengedage, genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg). Herudover opgøres kontakter til den psykiatriske sundhedsvæsen. For nærmere beskrivelse se kapitel 1 og 4.

7.5.1 Kontakter til den somatiske og psykiatriske hospitalssektor

Blandt de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom har en større andel 10 eller flere kontakter til almen praksis sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom, mens andelen med kontakt til speciallægepraksis er lavere (tabel 7.3). I gennemsnit har de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere henholdsvis 18 og 16 kontakter til almen praksis, mens alle med kronisk sygdom har 11 kontakter (resultater ikke vist). Hver anden blandt de mest omkostnings-

tunge borgere har mindst én kontakt til vagtlæge, mens det gælder én ud af fire blandt alle med kronisk sygdom.

Andelen med kontakt til hospitalssektoren er større blandt de mest omkostningstunge borgere sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom. Eksempelvis er andelen af borgere med mindst én akut indlæggelse mere end fire gange så stor blandt de mest omkostningstunge borgere sammenlignet

Tabel 7.4 Kontakter til den psykiatriske hospitalssektor* blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

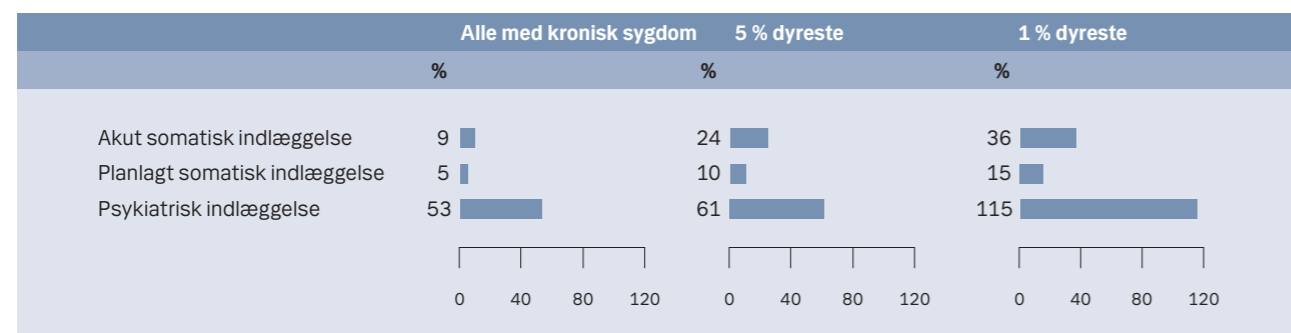
	Alle med kronisk sygdom	5 % dyreste	1 % dyreste
	%	%	%
Skadestue	2	16	24
Ambulant kontakt	4	18	25
Indlæggelse	1	18	27

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre. *Tabellen viser andelen med mindst én kontakt

Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved en akut somatisk indlæggelse blandt borgere med kronisk sygdom er 9 dage, mens den er henholdsvis to og fire gange længere blandt de 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere (tabel 7.5). En næsten tilsvarende tendens ses for de planlagte somatiske

indlæggelser. For de psykiatriske indlæggelser er den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt de 5 % mest omkostningstunge borgere og blandt alle med kronisk sygdom næsten den samme, hvorimod den er næsten dobbelt så lang blandt de 1 % mest omkostningstunge med kronisk sygdom.

Tabel 7.5 Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage) blandt alle borgere med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom



Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre

7.6 Omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

I dette afsnit opgøres omkostninger ved forbrug af sundhedsydelser blandt de mest omkostningstunge borgere i Region Hovedstaden. Omkostningerne opgøres blandt alle borgere med kronisk sygdom samt blandt de henholdsvis 5 % og 1 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom. Tre typer af omkostninger opgøres: Omkostninger til ydelser i praksissektoren (sygesikringsydelser), omkostninger til ydelser i hospitalssektoren (somatik og psykiatri) og omkostninger til medicin. Omkostninger til sundhedsydelser opgøres som totalomkostninger og omkostninger pr. person. For nærmere beskrivelse af de forskellige typer af omkostninger se kapitel 1 og 6.

De årlige totale omkostninger for borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden udgør i alt knap 18 mia. kr., svarende til 38.900 kr. pr. person (tabel 7.6). Langt størstedelen af omkostningerne ses i hospitalssektoren, hvilket kan tilskrives dyre behandlinger (for eksempel kræft og hjertesygdom) og mange indlæggelser (for især psykiatriske patienter). Sammenlignet med alle borgere med kronisk sygdom er omkostningerne pr. person næsten ti gange højere blandt de 5 % mest omkostningstunge og hele 18 gange højere blandt de 1 % mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom.

Tabel 7.6 Gennemsnitlige årlige omkostninger pr. borger blandt alle med kronisk sygdom og blandt de mest omkostningstunge borgere med kronisk sygdom

	Alle med kronisk sygdom		5 % dyreste		1 % dyreste	
	Total (mio. kr.)	Pr person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr person (kr.)	Total (mio. kr.)	Pr person (kr.)
Praksissektor						
Total	1.622	3.500	114	4.900	20	4.300
Regional andel	1.362	3.000	100	4.300	18	3.800
Kommunal medfinansiering	260	600	14	600	2	500
Hospitalssektor - somatik						
Total	11.942	25.900	5.922	257.100	2.188	475.200
Regional andel	8.997	19.500	4.747	206.100	1.812	393.500
Kommunal medfinansiering	2.945	6.400	1.175	51.000	376	81.700
Hospitalssektor - psykiatri						
Total	2.247	4.900	1.652	71.700	975	211.700
Regional andel	1.952	4.200	1.497	65.000	912	198.200
Kommunal medfinansiering	295	600	154	6.700	62	13.500
Medicin						
Total	2.100	4.600	287	12.500	79	17.200
Regional andel	1.344	2.900	225	9.800	67	14.500
Kommunal medfinansiering	90	200	11	500	2	500
Borgerens egenbetaling	666	1.400	51	2.200	10	2.200
Totale udgifter til praksissektor, hospitalssektor og medicin	17.910	38.900	7.974	346.300	3.261	708.400

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre



Kapitel 8

Generelt helbred



8 Generelt helbred

- Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, højt stressniveau samt dårligt fysisk og mentalt helbred er mere udbredt blandt borgere med kronisk sygdom sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Der er dermed et stort forebyggelsespotential i forhold til borgere med kronisk sygdomme.
- Andelen af borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.
- For størstedelen af de kroniske sygdomme er andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, et højt stressniveau og et dårligt fysisk helbred faldet siden 2010. For dårligt mentalt helbred ses ingen generel tendens.

Et væsentligt aspekt af borgerens generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger oplever og vurderer sit eget helbred samt sit fysiske og mentale velbefindende.

I det følgende kapitel beskrives generelt helbred blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Der opgøres tal i forhold til selv vurderet helbred, stress, fysisk helbred og mentalt helbred. Generelt helbred beskrives desuden på tværs af regionens planlægningsområder blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom ud fra definitionen i forløbsprogrammet (hjertesygdom (F)), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

På forskningscentrets hjemmeside kan følgende

- Et udvalg af planlægningsområdetabeller

8.1 Selv vurderet helbred og stress

I dette afsnit beskrives borgernes generelle helbredstilstand i Region Hovedstaden. Der fokuseres på mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau blandt borgere med kronisk sygdom på regionsniveau. Herefter beskrives mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom (F), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Borgernes egen vurdering af deres helbred er et værdifuldt redskab, når man skal beskrive befolkningens sundhedstilstand. En styrke ved selv vurderet helbred som helbredsmål er desuden, at det omfatter den positive og negative ende af sundhedsspekteret og ikke blot fravær eller forekomst af sygdom. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, des større er risikoen for død og udvikling af sygdom. Selv vurderet helbred anbefales derfor internationalt som en fast bestanddel af befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed [38].

Oplysningerne om borgernes generelle helbred stammer fra:

- Spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2013" (kapitel 1).

Kapitlets opgørelser:

Da der er få besvarelser af spørgeskemaet fra borgere med demens, kan der ikke vises resultater for borgere med demens.

Selv vurderet helbred er borgernes vurdering af eget helbred (se Sundhedsprofil for region og kommuner 2013, s. 160)

Stress kan betegnes som kroppens reaktion på en fysisk eller psykisk påvirkning eller belastning (stressor), som borgeren kan have vanskeligt ved at håndtere. En persons evne til at imødekomme stressorer afhænger både af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold. Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertesygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme [39-41].

Stress er målt med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-skala [42]. I sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har det højeste stressniveau på stressskalaen (se Sundhedsprofil for region og kommuner 2013, s. 172).

I Region Hovedstaden har 13 % af borgerne et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 186.500 personer, og 21 % af borgerne har et højt stressniveau, svarende til 289.100 personer (tabel 8.1). Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau er langt mere udbredt blandt borgere med alle typer af kronisk sygdom sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom.

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er særlig udbredt blandt borgere med hjertesygdom (F), KOL og svær psykisk lidelse – her er det omkring halvdelen af borgerne, der har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred. Højt stressniveau er særlig udbredt blandt borgere med psykiske lidelser, for eksempel har hver anden borger, som er i langvarig behandling med antidepressiv medicin eller som har svær psykisk lidelse, et højt stressniveau. Blandt borgere med hyppig hovedpine/migræne har op i mod hver fjerde et højt stressniveau.

Multisygdom: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau stiger med

stigende antal kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred tre gange så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom. Andelen med højt stressniveau er dobbelt så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau faldet med 2 procentpoint i regionen som helhed. For størstedelen af de kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau også faldet. For højt stressniveau ses de største fald på 6-7 procentpoint blandt borgere med diabetes, hjertesygdom, hjertesygdom (F), KOL og 3 eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 8.1 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller som har et højt stressniveau

	Mindre godt/dårligt selv vurderet helbred				Højt stressniveau			
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010		
Region Hovedstaden	13	186.500	-2	21	289.100	-2		
Uden kronisk sygdom	5	37.500	0	17	128.800	0		
Diabetes	37	29.600	-3	27	21.700	-7		
Hjertesygdom	43	24.200	-3	29	16.400	-7		
Hjertesygdom (F)	45	10.800	-3	29	6.900	-6		
Apopleksi	41	10.100	-4	34	8.200	-5		
KOL	50	17.000	-1	35	12.400	-6		
Astma	22	14.600	-3	23	15.800	-4		
Kræft	32	14.600	-3	25	11.500	-5		
Inflammatorisk ledsygdom	42	14.100	-1	29	9.600	1		
Slidigt	32	72.000	-3	29	65.600	-4		
Rygsygdom	35	55.200	-3	33	53.100	-4		
Knogleskørhed	38	13.600	-4	30	10.700	-2		
Antidepressiv medicin	38	23.300	-2	50	30.700	-3		
Svær psykisk lidelse	46	12.000	-4	57	14.700	-4		
Luftvejsallergi	21	38.500	-1	25	44.800	-3		
Hyppig hovedpine/migræne	26	45.500	-4	38	69.100	-4		
Multisygdom								
1 kronisk sygdom	15	50.500	-1	21	73.300	-3		
2 kroniske sygdomme	28	44.400	-4	28	45.000	-5		
3+ kroniske sygdomme	51	54.100	-4	39	42.100	-6		
Biologiske risikofaktorer								
Forhøjet blodtryk	29	77.800	-2	25	65.700	-3		
Forhøjet kolesterol	30	51.200	-2	23	39.900	-5		
Moderat overvægt	15	58.400	0	20	81.100	-2		
Svær overvægt	28	42.100	-2	28	42.500	-3		

Resultaterne for slidigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er mest udbredt blandt

- Borgere med KOL
- Borgere med svær psykisk lidelse
- Borgere med hjertesygdom (F)

Højt stressniveau er mest udbredt blandt

- Borgere med svær psykisk lidelse
- Borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin
- Borgere med hyppig hovedpine/migræne

8.1.1 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Selvvurderet helbred

I Region Hovedstaden har mere end hver tredje borger med diabetes et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 29.600 personer, og andelen varierer fra 30 % i planlægningsområde Midt til 44 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.2). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er lav blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med diabetes, der har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Stress

I Region Hovedstaden har mere end hver fjerde borger med diabetes et højt stressniveau, svarende til 21.700 personer, og andelen varierer fra 25 % i planlægningsområde Midt til 30 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.2). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et højt stressniveau er lav blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Amager Hospital og høj i optageområdet for Hvidovre Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med diabetes, der har et højt stressniveau, faldet med 7 procentpoint i regionen som helhed. Det største fald på 12 procentpoint ses i planlægningsområde Byen.

Tabel 8.2 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller som har et højt stressniveau

	Mindre godt/dårligt selv vurderet helbred			Højt stressniveau		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	37	29.600	-3	27	21.700	-7 ▲
Planlægningsområde Nord	36	5.600	-1	26	4.100	-7 ▲
Planlægningsområde Midt	30	6.400	-2	25	5.400	-1
Gentofte Hospital	26	2.100		22	1.800	
Herlev Hospital	32	4.300		28	3.600	
Planlægningsområde Syd	39	9.200	-2	27	6.400	-7 ▲
Amager Hospital	36	2.500		19	1.300	
Glostrup Hospital	38	2.800		29	2.200	
Hvidovre Hospital	42	3.800		32	2.900	
Planlægningsområde Byen	44	7.300	-3	30	5.100	-12 ▲
Bispebjerg Hospital	46	5.000		31	3.500	
Frederiksberg Hospital	41	2.300		27	1.500	

* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.1.2 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Selvvurderet helbred

I Region Hovedstaden har næsten hver anden borger med hjertesygdom (F) et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 10.800 personer. Andelen af borgere med hjertesygdom (F), som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, varierer fra 40 % i planlægningsområde Midt til 55 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.3). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er høj blandt borgere med hjertesygdom (F) bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 har andelen af borgere med hjertesygdom (F), som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred ikke ændret sig væsentligt i regionen som helhed. Ændringerne som ses for planlægningsområderne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Stress

I Region Hovedstaden har 29 % af borgerne med hjertesygdom (F) et højt stressniveau, svarende til 6.900 personer, og andelen varierer fra 27 % i planlægningsområderne Nord og Syd til 35 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.3). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et højt stressniveau er høj blandt borgere med hjertesygdom (F) bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med hjertesygdom (F), som har et højt stressniveau, faldet med 6 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Syd ses et fald på 13 procentpoint, mens andelen af borgere med hjertesygdom (F), der har et højt stressniveau, ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 8.3 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller som har et højt stressniveau

	Mindre godt/dårligt selv vurderet helbred			Højt stressniveau		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	45	10.800	-3	29	6.900	-6 ▲
Planlægningsområde Nord	41	1.500	-6	27	1.000	-7
Planlægningsområde Midt	40	2.500	-8	28	1.700	-4
Gentofte Hospital	36	1.000		20	500	
Herlev Hospital	43	1.500		34	1.200	
Planlægningsområde Syd	45	3.200	-3	27	1.900	-13 ▲
Amager Hospital	47	900		30	600	
Glostrup Hospital	45	800		26	500	
Hvidovre Hospital	44	1.500		26	900	
Planlægningsområde Byen	55	3.000	5	35	1.900	1
Bispebjerg Hospital	59	2.200		43	1.600	
Frederiksberg Hospital	47	800		18	300	

* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.1.3 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Selvvurderet helbred

I Region Hovedstaden har hver anden borger med KOL et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 17.000 personer, og andelen varierer fra 46 % i planlægningsområde Midt til 53 % i planlægningsområde Syd (tabel 8.4). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et mindre godt eller

dårligt selv vurderet helbred er høj blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Hvidovre Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med KOL, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i regionen som

helhed eller på tværs af planlægningsområder. Faldet som ses i planlægningsområde Byen på 9 procentpoint og stigningen i planlægningsområde Midt på 4 procentpoint skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Stress

I Region Hovedstaden har omkring hver tredje borger med KOL et højt stressniveau, svarende til 12.400 personer, og andelen varierer fra 32 % i planlægningsområde Nord til 42 % planlæg-

ningsområde Byen (tabel 8.4). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et højt stressniveau er høj blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med KOL, der har et højt stressniveau, faldet med 6 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Syd ses et fald på 13 procentpoint, mens andelen af borgere med KOL, der har et højt stressniveau, ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 8.4 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller som har et højt stressniveau

	Mindre godt/dårligt selv vurderet helbred			Højt stressniveau		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	50	17.000	-1	35	12.400	-6▲
Planlægningsområde Nord	47	3.900	0	32	2.600	-2
Planlægningsområde Midt	46	3.500	4	34	2.700	-1
Gentofte Hospital	51	1.300	39	39	1.000	
Herlev Hospital	43	2.300	31	31	1.700	
Planlægningsområde Syd	53	5.300	-1	34	3.300	-13▲
Amager Hospital	54	1.600	30	30	900	
Glostrup Hospital	39	1.200	32	32	1.000	
Hvidovre Hospital	64	2.400	37	37	1.400	
Planlægningsområde Byen	50	4.000	-9	42	3.500	-5
Bispebjerg Hospital	54	2.800	50	50	2.800	
Frederiksberg Hospital	44	1.200	26	26	700	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.1.4 Selvvurderet helbred og stress blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Selvvurderet helbred

I Region Hovedstaden har hver anden borger med 3 eller flere kroniske sygdomme et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, svarende til 54.100 personer, og andelen varierer fra 46 % i planlægningsområde Midt til 57 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.5). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, der har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, faldet med 4 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Nord ses et

fald på 7 procentpoint, mens andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, der har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Stress

I Region Hovedstaden har mere end hver tredje borger med 3 eller flere kroniske sygdomme et højt stressniveau, svarende til 42.100 personer, og andelen varierer fra 35 % i planlægningsområde Midt til 44 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.5). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et højt stressniveau er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, der har et højt stressniveau, faldet med 6 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområderne Nord og Syd ses et tilsvarende fald

på 6-7 procentpoint. Faldet i planlægningsområde Byen på 6 procentpoint skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 8.5 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller som har et højt stressniveau

	Mindre godt/dårligt selv vurderet helbred			Højt stressniveau		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	51	54.100	-4▲	39	42.100	-6▲
Planlægningsområde Nord	48	10.600	-7▲	37	8.200	-6▲
Planlægningsområde Midt	46	12.500	-1	35	9.700	-3
Gentofte Hospital	43	4.800	32	32	3.600	
Herlev Hospital	49	7.700	37	37	6.100	
Planlægningsområde Syd	53	16.700	-4	41	12.900	-7▲
Amager Hospital	55	4.800	39	39	3.500	
Glostrup Hospital	51	5.400	36	36	3.800	
Hvidovre Hospital	54	6.600	46	46	5.600	
Planlægningsområde Byen	57	12.500	-2	44	10.100	-6
Bispebjerg Hospital	59	8.400	48	48	7.100	
Frederiksberg Hospital	53	4.100	36	36	2.900	

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.2 Fysisk og mentalt helbred

Borgernes fysiske og mentale sundhed er et mål i sig selv og kan tillægges mange forskellige betydninger, og borgerens sundhed kan derfor beskrives på mange måder. I det følgende afsnit beskrives dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred blandt borgere med kronisk sygdom på i Region Hovedstaden. Herefter beskrives dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, hjertesygdom (F), KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Fysisk og mentalt helbred er målt ved hjælp af SF-12 (Short Form Health Status) [43]. I sundhedsprofilen fokuseres på de 10 % af borgerne, der har dårligst fysisk helbred og dårligst mentalt helbred (se Sundhedsprofil for region og kommuner 2013, s. 166).

I Region Hovedstaden har 9 % af borgerne et dårligt fysisk helbred, svarende til 118.200 personer, og 12 % af borgerne har et dårligt mentalt helbred, svarende til 151.800 personer (tabel 8.6). Dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er langt mere udbredt blandt borgere med alle typer af kronisk sygdom sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Dårligt fysisk helbred er særlig udbredt blandt borgere med hjertesygdom, hjertesygdom (F), KOL og inflammatorisk ledsygdom, for eksempel har omkring hver anden borger med KOL et dårligt fysisk helbred. Dårligt mentalt helbred er derimod særlig udbredt blandt borgere med psykiske lidelser – her er det omkring hver anden borger med svær psykisk lidelse og hver tredje borger, som er i langvarig behandling med antidepressiv medicin, der har et dårligt mentalt helbred.

Multisygdom: Andelen af borgere med dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred stiger med stigende antal kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen med dårligt fysisk helbred dobbelt så stor blandt borgere med 2 kroniske sygdomme og fem gange så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har

1 kronisk sygdom. Andelen med dårligt mentalt helbred er dobbelt så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred stort set uændret i regionen som helhed. For størstedelen af de kroniske sygdom-

me og biologiske risikofaktorer ses et mindre fald i forekomsten af dårligt fysisk helbred. Det skal dog bemærkes, at der ses et fald på 4 procentpoint blandt borgere med apopleksi, kræft og knogleskørhed samt blandt borgere med 2 kroniske sygdomme. For dårligt mentalt helbred ses ingen generel tendens. Der ses dog stigninger for nogle af sygdommene. Den største stigning på 8 procentpoint ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

Tabel 8.6 Borgere, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	9	118.200	-1	12	151.800	1
Uden kronisk sygdom	2	16.200	0	9	66.600	0
Diabetes	28	20.600	-2	15	10.800	-1
Hjertesygdom	38	18.800	-2	16	8.200	0
Hjertesygdom (F)	41	8.600	1	16	3.400	1
Apopleksi	36	7.700	-4	19	4.200	-1
KOL	45	13.400	1	22	6.500	5
Astma	15	9.500	-2	13	8.400	-2
Kræft	23	9.700	-4	13	5.600	0
Inflammatorisk ledsygdom	38	11.500	2	17	5.000	4
Slidgigt	28	59.200	-3	16	32.700	2
Rygsygdom	28	42.800	-3	17	26.100	-1
Knogleskørhed	34	10.300	-4	17	5.300	3
Antidepressiv medicin	24	13.800	-3	34	18.900	2
Svær psykisk lidelse	27	6.300	-1	46	10.700	8
Luftvejsallergi	15	25.800	0	15	24.900	2
Hyppig hovedpine/migræne	16	27.100	-3	22	38.100	0
Multisygdom						
1 kronisk sygdom	9	28.400	-1	12	39.500	0
2 kroniske sygdomme	21	30.600	-4	16	23.500	0
3+ kroniske sygdomme	45	43.100	-3	23	22.200	1
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	24	57.200	-1	14	33.200	2
Forhøjet kolesterol	24	37.300	-1	13	19.200	1
Moderat overvægt	10	39.400	-1	11	42.100	0
Svær overvægt	20	28.200	-2	16	22.100	1

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Dårligt fysisk helbred er mest udbredt blandt

- Borgere med KOL
- Borgere med hjertesygdom (F)
- Borgere med hjertesygdom
- Borgere med inflammatorisk ledsygdom

Dårligt mentalt helbred er mest udbredt blandt

- Borgere med svær psykisk lidelse
- Borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin

8.2.1 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Fysisk helbred

I Region Hovedstaden har næsten hver tredje borger med diabetes et dårligt fysisk helbred, svarende til 20.600 personer. Der er stort set ingen forskelle i andelen af borgere med diabetes, der har dårligt fysisk helbred på tværs af planlægningsområderne (tabel 8.7).

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med diabetes, der har et dårligt fysisk helbred i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Mentalt helbred

I Region Hovedstaden har omkring hver sjette borger med diabetes et dårligt mentalt helbred, svarende til 10.800

personer, og andelen varierer fra 13 % i planlægningsområderne Nord og Syd til 20 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.7). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er lav blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Amager Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med diabetes, der har et dårligt mentalt helbred i regionen som helhed. I planlægningsområde Syd ses et fald på 5 procentpoint, ændringen er dog statistisk insignifikant og skal derfor tolkes med varsomhed.

Tabel 8.7 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	28	20.600	-2	15	10.800	-1
Planlægningsområde Nord	30	4.100	0	13	1.900	0
Planlægningsområde Midt	27	5.300	3	14	2.700	2
Gentofte Hospital	28	2.100		13	900	
Herlev Hospital	26	3.100		14	1.800	
Planlægningsområde Syd	29	6.100	-3	13	2.800	-5
Amager Hospital	31	1.900		7 *	400	
Glostrup Hospital	29	1.800		14	900	
Hvidovre Hospital	28	2.300		17	1.400	
Planlægningsområde Byen	30	4.500	-3	20 *	3.000	-1
Bispebjerg Hospital	28	2.700		22 *	2.200	
Frederiksberg Hospital	35	1.700		17	800	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.2.2 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Fysisk helbred

I Region Hovedstaden har fire ud af ti borgere med hjertesygdom (F) et dårligt fysisk helbred, svarende til 8.600 personer, og andelen varierer fra 37 % i planlægningsområde Syd til 50 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.8).

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med hjertesygdom (F), der har et dårligt fysisk helbred i regionen som helhed. De ændringer som ses for planlægningsområderne er ikke signifi-

kante og skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Mentalt helbred

I Region Hovedstaden har omkring hver sjette borger med hjertesygdom (F) et dårligt mentalt helbred, svarende til 3.400 personer, og andelen varierer fra 12 % i planlægningsområde Nord til 22 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.8). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er lav blandt borgere med hjertesygdom (F) bosiddende

i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med hjerte-

sygdom (F), der har et dårligt mentalt helbred i regionen som helhed. De ændringer som ses for planlægningsområderne er ikke signifikante og skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 8.8 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	41	8.600	1	16	3.400	1
Planlægningsområde Nord	45	1.400	7	12	400	-7
Planlægningsområde Midt	40	2.300	-4	14	800	3
Gentofte Hospital	44	1.100	7 *	7 *	200	
Herlev Hospital	37	1.200	20		600	
Planlægningsområde Syd	37	2.300	-4	16	1.000	-4
Amager Hospital	36	600	14		200	
Glostrup Hospital	40	600	16		200	
Hvidovre Hospital	37	1.100	17		500	
Planlægningsområde Byen	50	2.400	11	22	1.000	9
Bispebjerg Hospital	52	1.700	26 *	26 *	800	
Frederiksberg Hospital	44	700	13		200	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.2.3 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Fysisk helbred

I Region Hovedstaden har omkring halvdelen af borgerne med KOL et dårligt fysisk helbred, svarende til 13.400 personer, og andelen varierer fra 42 % i planlægningsområde Nord til 50 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.9). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt fysisk helbred er lav blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Herlev Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med KOL, der har et dårligt fysisk helbred i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. I planlægningsområde Midt er stigningen på 7 procentpoint insignifikant og skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Mentalt helbred

I Region Hovedstaden har omkring hver femte borger med KOL et dårligt mentalt helbred, svarende til 6.500 personer, og andelen varierer fra 17 % i planlægningsområde Nord til 30 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.9). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er høj blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med KOL, der har et dårligt mentalt helbred steget med 5 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområderne ses ingen væsentlig ændringer. Stigningen på 9 procentpoint i planlægningsområde Byen er insignifikant og skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 8.9 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	45	13.400	1	22	6.500	5 ▲
Planlægningsområde Nord	42	3.000	1	17	1.300	0
Planlægningsområde Midt	39	2.700	7	18	1.200	3
Gentofte Hospital	46	1.000		20	400	
Herlev Hospital	36	1.700		17	800	
Planlægningsområde Syd	48	4.100	-1	23	1.900	6
Amager Hospital	50	1.300		24	600	
Glostrup Hospital	37	1.000		23	600	
Hvidovre Hospital	56	1.700		21	700	
Planlægningsområde Byen	50	3.300	-1	30	2.000	9
Bispebjerg Hospital	50	2.200		38 *	1.700	
Frederiksberg Hospital	49	1.100		14	300	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

8.2.4 Fysisk og mentalt helbred blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Fysisk helbred

I Region Hovedstaden har omkring halvdelen af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme et dårligt fysisk helbred, svarende til 43.100 personer, og andelen varierer fra 44 % i planlægningsområde Midt til 47 % i planlægningsområderne Nord og Syd (tabel 8.10). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt fysisk helbred er høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Amager Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, der har et dårligt fysisk helbred, ikke faldet væsentligt i regionen som helhed eller i planlægningsområderne.

Mentalt helbred

I Region Hovedstaden har næsten hver fjerde borger med 3 eller flere kroniske sygdomme et dårligt mentalt helbred, svarende til 22.200 personer, og andelen varierer fra 20 % i planlægningsområde Midt til 29 % i planlægningsområde Byen (tabel 8.10). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, der har et dårligt mentalt helbred i regionen som helhed eller i planlægningsområderne.

Tabel 8.10 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	45	43.100	-3	23	22.200	1
Planlægningsområde Nord	47	9.300	-2	22	4.300	3
Planlægningsområde Midt	44	10.700	2	20	5.000	3
Gentofte Hospital	49	4.900		21	2.100	
Herlev Hospital	41 *	5.900		20	2.800	
Planlægningsområde Syd	47	12.800	-2	24 *	6.600	-1
Amager Hospital	53 *	4.200		24	1.900	
Glostrup Hospital	42	3.800		20	1.700	
Hvidovre Hospital	45	4.800		28 *	3.000	
Planlægningsområde Byen	46	9.000	-5	29 *	5.700	5
Bispebjerg Hospital	44	5.600		35 *	4.400	
Frederiksberg Hospital	49	3.500		19	1.300	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.



Kapitel 9

Sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer



9 Sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer

- Forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er mere hyppig blandt borgere med kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Der er dermed et stort forebyggelsespotentiale blandt borgere med kronisk sygdomme.
- Andelen af borgere, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, mad og fysisk aktivitet, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Dette ses også for overvægt, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. For alkohol er andelen konstant.
- For størstedelen af de kroniske sygdomme er andelen af borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd faldet i forhold til rygning og alkohol, steget for forhøjet kolesterol, mens der ingen ændring er for mad, fysisk aktivitet og overvægt siden 2010. For forhøjet blodtryk ses ingen generel tendens.

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er årsag til mange af de kroniske sygdomme, som ses i dag. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd spiller en vigtig rolle i forebyggelsen, behandlingen og rehabiliteringen af kroniske sygdomme, og er afgørende for prognosen af disse. Borgere med kroniske sygdomme har generelt en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme [3;4]. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale blandt borgere med kroniske sygdomme.

I det følgende kapitel fokuseres på uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer blandt borgere med kroniske sygdomme i Region Hovedstaden. Der opgøres tal i forhold til rygning, alkohol, mad, bevægelse, overvægt, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og biologiske risikofaktorer beskrives desuden på tværs af regionens planlægningsområder blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom ud fra definitionen i forløbsprogrammet (hjertesygdom (F)), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

9.1 Rygning og alkohol

I dette afsnit beskrives dagligrygning og storforbrug af alkohol blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Herefter beskrives dagligrygning og storforbrug af alkohol på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom (F), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Oplysningerne om borgernes sundhedsadfærd stammer fra:

- Rygning, alkohol, mad, bevægelse og overvægt: Fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2013" (se kapitel 1).
- Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol: Fra registre (se kapitel 1).

Kapitlets opgørelser:

- Da der er få besvarelser af spørgeskemaet fra borgere med demens, kan der ikke vises resultater for borgere med demens.

På forskningscentrets hjemmeside kan følgende materiale findes:

- Et udvalg af planlægningsområdetabeller

Storforbrug af alkohol er et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisiko-genstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd (se *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, kapitel 3).

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd såsom dagligrygning og storforbrug af alkohol er væsentlige risikofaktorer for udvikling af en række kroniske sygdomme [45]. Blandt borgere med kronisk sygdom, som henholdsvis ryger dagligt og borgere, som har et storforbrug af alkohol, vil en ændring af sundhedsadfærden til det bedre, have en væsentlig betydning for sygdommens udvikling og prognose. Herudover vil en ændring i sundhedsadfærden ofte betyde lindring af symptomer og forbedring af borgernes livskvalitet. Kliniske vejledninger og patientvejledninger indeholder derfor anbefalinger om, at patienterne skal motiveres og have hjælp til ændring af sundhedsvaner [46-48].

I Region Hovedstaden ryger 15 % af borgerne dagligt, svarende til 213.600 personer og hver tiende har et storforbrug af alkohol, svarende til 130.200 personer (tabel 9.1). Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med kronisk sygdom en større andel, som henholdsvis ryger dagligt eller har et storforbrug af alkohol. Rygning og storforbrug af alkohol er særligt udbredt blandt borgere med svær psykisk lidelse og borgere med KOL - her er det omkring hver tredje

borger, der ryger dagligt og omkring hver ottende borger, der har et storforbrug af alkohol. Dagligrygning er herudover særligt udbredt blandt borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin - her er hver fjerde borger dagligryger. Storforbrug af alkohol er særligt udbredt blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom - her har hver syvende borger et storforbrug af alkohol.

Multisygdom: Andelen af borgere, der er dagligrygere, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger, dette ses dog ikke for borgere med et storforbrug af alkohol.

Udvikling fra 2010-2013: Siden 2010 er andelen af dagligrygere faldet med 5 procentpoint, mens andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er faldet med 3 procentpoint i regionen som helhed. For størstedelen af de kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer er andelen af dagligrygere og andelen af borgere med et storforbrug af alkohol faldet. Det skal bemærkes at andelen af dagligrygere ikke har ændret sig blandt borgere med KOL og borgere med kræft siden 2010.

Tabel 9.1 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og alkohol

	Dagligrygning		Storforbrug af alkohol			
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	213.600	-5	10	130.200	-3
Uden kronisk sygdom	14	106.600	-4	9	68.600	-3
Diabetes	19	15.600	-3	11	8.300	-1
Hjertesygdom	15	8.600	-3	11	6.000	-2
Hjertesygdom (F)	15	3.600	-5	11	2.500	-2
Apopleksi	21	5.000	-3	11	2.500	-2
KOL	29	10.100	0	13	4.300	-3
Astma	13	8.700	-5	10	6.300	-2
Kræft	16	7.400	0	11	4.900	-3
Inflammatorisk ledsygdom	17	5.800	-1	15	4.800	-3
Slidgigt	18	42.000	-4	11	24.200	-3
Rygsygdom	22	35.400	-5	10	16.200	-3
Knogleskørhed	17	6.200	-1	9	2.800	-3
Antidepressiv medicin	24	15.000	-7	10	6.100	-2
Svær psykisk lidelse	35	9.200	-4	13	3.100	-4
Luftvejsallergi	12	22.700	-3	9	16.100	-3
Hyppig hovedpine/migræne	18	32.800	-6	8	13.300	-2
Multisygdom						
1 kronisk sygdom	16	56.600	-5	10	33.200	-3
2 kroniske sygdomme	18	28.400	-4	11	17.500	-2
3+ kroniske sygdomme	20	22.000	-4	11	10.900	-2
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	18	47.700	-1	13	31.800	-1
Forhøjet kolesterol	19	32.300	-3	13	21.700	-2
Moderat overvægt	16	63.700	-4	10	41.000	-3
Svær overvægt	16	24.600	-4	9	13.700	-3

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Dagligrygning er mest udbredt blandt

- Borgere med KOL
- Borgere med svær psykisk lidelse
- Borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin

Storforbrug af alkohol er mest udbredt blandt

- Borgere med KOL
- Borgere med svær psykisk lidelse
- Borgere med inflammatorisk ledsygdom

9.1.1 Rygning og alkohol blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Rygning

I Region Hovedstaden er omkring hver femte borger med diabetes dagligryger, svarende til 15.600 personer, og andelen varierer fra 15 % i planlægningsområde Midt til 25 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.2). Det skal bemærkes, at andelen af dagligrygere er høj blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af dagligrygere faldet med 3 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Midt ses et fald på 6 procentpoint, mens andelen af borgere med diabetes ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Alkohol

I Region Hovedstaden har hver tiende borger med diabetes et storforbrug af alkohol, svarende til 8.300 personer, og andelen varierer fra 9 % i planlægningsområde Nord til 13 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.2).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 har andelen af borgere, som har et storforbrug, ikke ændret sig i regionen som helhed. I planlægningsområde Nord ses dog et fald på 5 procentpoint, mens andelen af borgere med diabetes ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 9.2 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og alkohol

	Dagligrygning			Storforbrug af alkohol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	19	15.600	-3 ▲	11	8.300	-1
Planlægningsområde Nord	16	2.500	-5	9	1.400	-5 ▲
Planlægningsområde Midt	15	3.300	-6 ▲	11	2.200	-1
Gentofte Hospital	14	1.100		12	1.000	
Herlev Hospital	17	2.200		10	1.300	
Planlægningsområde Syd	20	4.700	-3	10	2.200	0
Amager Hospital	22	1.500		8	500	
Glostrup Hospital	19	1.500		12	900	
Hvidovre Hospital	19	1.800		9	700	
Planlægningsområde Byen	25	4.300	0	13	2.200	0
Bispebjerg Hospital	29	3.300		15	1.600	
Frederiksberg Hospital	18	1.000		11	600	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.1.2 Rygning og alkohol blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Rygning

I Region Hovedstaden er 15 % af borgerne med hjertesygdom (F) dagligrygere, svarende til 3.600 borgere, og andelen varierer fra 11 % i planlægningsområderne Nord og Midt til 23 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.3).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af dagligrygere faldet med 5 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Nord ses et fald på 11 procentpoint, hvorimod andelen af dagligrygere ikke har ændret sig i planlægningsområde Byen siden 2010.

Alkohol

I Region Hovedstaden har hver tiende borger med hjertesygdom (F) et storforbrug af alkohol, svarende til 2.500 personer, og andelen varierer fra 9 % i planlægningsområde Byen til 12 % i planlægningsområderne Nord, Midt og Syd (tabel 9.3).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Faldet på 7 procentpoint i planlægningsområde Byen skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 9.3 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og alkohol

	Dagligrygning			Storforbrug af alkohol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	3.600	-5 ▲	11	2.500	-2
Planlægningsområde Nord	11	400	-11 ▲	12	400	-2
Planlægningsområde Midt	11	700	-8 ▲	12	700	-3
Gentofte Hospital	8	200		15	400	
Herlev Hospital	13	500		9	300	
Planlægningsområde Syd	16	1.100	-3	12	800	1
Amager Hospital	11	200		14	200	
Glostrup Hospital	13	200		9	200	
Hvidovre Hospital	21	700		13	400	
Planlægningsområde Byen	23	1.200	0	9	400	-7
Bispebjerg Hospital	23	800		7	200	
Frederiksberg Hospital	23	400		11	200	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.1.3 Rygning og alkohol blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Rygning

I Region Hovedstaden er omkring hver tredje borger med KOL dagligryger, svarende til 10.100 borgere, og andelen varierer fra 23 % i planlægningsområde Midt til 37 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.4). Det skal bemærkes, at andelen af dagligrygere er høj blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Faldet på 6 procentpoint i planlægningsområde Byen og stigningen på 6 procentpoint i planlægningsområde Syd skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på disse ændringer grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Alkohol

I Region Hovedstaden har hver ottende borger med KOL et storforbrug af alkohol, svarende til 4.300 personer og andelen varierer fra 12 % i planlægningsområde Syd til 15 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.4).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med et storforbrug af alkohol faldet med 3 procentpoint i regionen som helhed. Ændringen er dog statistisk insignifikant. I planlægningsområde Nord ses et fald på 7 procentpoint, mens andelen af borgere med KOL ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 9.4 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og alkohol

	Dagligrygning			Storforbrug af alkohol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	29	10.100	0	13	4.300	-3
Planlægningsområde Nord	24	2.100	1	13	1.000	-7 ▲
Planlægningsområde Midt	23	1.900	-2	14	1.100	0
Gentofte Hospital	18	500		21	500	
Herlev Hospital	26	1.400		11	600	
Planlægningsområde Syd	29	2.900	-6	12	1.100	-2
Amager Hospital	25	800		13	300	
Glostrup Hospital	28	900		13	400	
Hvidovre Hospital	34	1.300		10	400	
Planlægningsområde Byen	37	3.200	6	15	1.200	-1
Bispebjerg Hospital	38	2.100		12	600	
Frederiksberg Hospital	36	1.000		20	500	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.1.4 Rygning og alkohol blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Rygning

I Region Hovedstaden er hver femte borger med 3 eller flere kroniske sygdomme dagligryger, svarende til 22.000 borgere, og andelen varierer fra 16 % i planlægningsområde Midt til 24 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.5). Det skal bemærkes, at andelen af dagligrygere er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme faldet med 4 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Midt ses et fald på 6 procentpoint, mens andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Alkohol

I Region Hovedstaden har hver tiende borger med 3 eller flere kroniske sygdomme et storforbrug af alkohol, svarende til 10.900 personer, og andelen varierer fra 8 % i planlægningsområde Syd til 14 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.5). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Hvidovre Hospital og høj i optageområderne for Gentofte Hospital og Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme faldet med 2 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområde Syd ses et fald på 4 procentpoint, mens andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 9.5 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning og alkohol

	Dagligrygning			Storforbrug af alkohol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	20	22.000	-4 ▲	11	10.900	-2 ▲
Planlægningsområde Nord	20	4.500	-2	12	2.500	-3
Planlægningsområde Midt	16	4.400	-6 ▲	11	2.900	-1
Gentofte Hospital	13	1.400		15	1.600	
Herlev Hospital	18	3.000		9	1.300	
Planlægningsområde Syd	22	6.900	-4	8	2.500	-4 ▲
Amager Hospital	22	2.000		8	700	
Glostrup Hospital	20	2.100		10	1.000	
Hvidovre Hospital	23	2.800		7	800	
Planlægningsområde Byen	24	5.400	0	14	2.900	-1
Bispebjerg Hospital	24	3.500		15	2.000	
Frederiksberg Hospital	23	1.900		11	800	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.2 Mad og bevægelse

I dette afsnit beskrives meget usunde madvaner og fysisk inaktivitet blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Herefter beskrives usunde madvaner og fysisk inaktivitet på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom (F), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Sunde madvaner har stor betydning for borgernes sundhed og trivsel. Sammen med fysisk aktivitet spiller sunde madvaner en vigtig rolle i opretholdelsen og fremme af et godt helbred og i forebyggelsen af overvægt, underernæring og en række kroniske sygdomme såsom diabetes, hjertekarsygdomme, visse kræftformer og knogleskørhed [49-51]. Blandt borgere med kronisk sygdom, som har henholdsvis meget usunde madvaner og/eller er fysisk inaktive, vil en ændring af sundhedsadfærden til det bedre, ofte have betydning for sygdommens udvikling og prognose. Herudover vil en ændring i sundhedsadfærden ofte betyde lindring af symptomer og forbedring af borgernes livskvalitet. Kliniske vejledninger og patientvejledninger indeholder derfor anbefalinger om, at patienterne skal informeres om de gavnlige effekter af sund mad og motion, og motiveres og have hjælp til ændring af sundhedsvaner [46;52].

Meget usunde madvaner defineres som usunde madvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt (se *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, kapitel 3).

Fysisk inaktive borgere er borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden om dagen (se *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, kapitel 3).

I Region Hovedstaden har hver tiende borger meget usunde madvaner, svarende til 139.200 personer og hver tredje borger lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden om dagen, svarende til 417.300 personer (tabel 9.6). Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med

kronisk sygdom en større andel som har henholdsvis meget usunde madvaner eller som ikke er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Meget usunde madvaner og fysisk inaktivitet er især udbredt blandt borgere med apopleksi, borgere med KOL og borgere med svær psykisk lidelse. Fysisk inaktivitet er herudover særligt udbredt blandt borgere med hjertesygdom og borgere med hjertesygdom (F).

Multisygdom: Andelen af borgere, der har meget usunde madvaner og andelen som er fysisk inaktive stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen med meget usunde madvaner og andelen af fysisk inaktive borgere omkring 1,5 gange større blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med meget usunde madvaner og andelen af fysisk inaktive borgere ikke ændret væsentligt i regionen som helhed. For størstedelen af de kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer er der ikke sket nogen væsentlige ændringer i andelen af borgere, der har meget usunde madvaner eller som er fysisk inaktive. Det skal bemærkes, at der blandt borgere med meget usunde madvaner ses stigninger på 4-6 procentpoint for apopleksi, diabetes og inflammatorisk ledsygdom. For fysisk inaktivitet ses stigninger på 6 procentpoint for borgere med inflammatorisk ledsygdom og borgere med svær psykisk lidelse.

Tabel 9.6 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til mad og bevægelse

	Meget usunde madvaner			Fysisk aktiv <30 minutter om dagen		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	10	139.200	0	32	417.300	1
Uden kronisk sygdom	9	68.800	0	26	194.300	0
Diabetes	15	11.700	4	49	35.500	-2
Hjertesygdom	16	8.300	2	56	26.900	1
Hjertesygdom (F)	15	3.400	2	56	11.600	3
Apopleksi	21	4.700	6	55	11.700	0
KOL	21	6.900	2	57	16.900	1
Astma	11	7.200	0	36	23.300	2
Kræft	12	5.600	1	44	18.500	0
Inflammatorisk ledsygdom	17	5.400	4	51	15.400	6
Slidgigt	12	26.300	1	43	89.000	0
Rygsygdom	14	21.900	0	41	61.500	0
Knogleskørhed	12	4.000	0	51	14.800	1
Antidepressiv medicin	13	8.000	0	45	25.700	0
Svær psykisk lidelse	19	4.600	1	59	13.200	6
Luftvejsallergi	10	17.400	1	36	61.200	2
Hyppig hovedpine/migræne	11	19.300	0	35	60.500	-3
Multisygdom						
1 kronisk sygdom	10	34.700	-1	34	110.600	0
2 kroniske sygdomme	13	20.300	1	42	62.100	1
3+ kroniske sygdomme	15	15.500	2	54	50.300	1
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	14	36.200	2	47	112.500	2
Forhøjet kolesterol	14	22.100	2	48	72.200	2
Moderat overvægt	11	44.000	1	36	138.400	3
Svær overvægt	15	22.300	1	47	67.500	0

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Meget usunde madvaner og fysisk inaktivitet er mest udbredt blandt:

- Borgere med apopleksi
- Borgere med KOL
- Borgere med svær psykisk lidelse

Fysisk inaktivitet er derudover mest udbredt blandt:

- Borgere med hjertesygdom
- Borgere med hjertesygdom (F)

9.2.1 Mad og bevægelse blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Mad

I Region Hovedstaden har 15 % af borgerne med diabetes meget usunde madvaner, svarende til 11.700 personer, og andelen varierer fra 12 % i planlægningsområderne Nord og Midt til 20 % i planlægningsområde Syd (tabel 9.7). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med meget usunde madvaner er høj blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Amager Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med meget usunde madvaner steget med 4 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområderne Syd og Byen ses stigninger på 6 procentpoint, mens andelen af borgere med diabetes ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Bevægelse

I Region Hovedstaden er hver anden borger med diabetes ikke moderat til hårdt fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen i deres fritid, svarende til 35.500 personer, og andelen varierer fra 46 % i planlægningsområde Nord til 53 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.7).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Faldet på 5 procentpoint i planlægningsområde Nord og stigningen på 2 procentpoint i planlægningsområde Byen skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på disse ændringer grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 9.7 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til mad og bevægelse

	Meget usunde madvaner			Fysisk aktiv <30 minutter om dagen		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	11.700	4 ▲	49	35.500	-2
Planlægningsområde Nord	12	1.700	0	46	6.300	-5
Planlægningsområde Midt	12	2.500	1	48	9.100	-1
Gentofte Hospital	10	800		47	3.500	
Herlev Hospital	14	1.700		49	5.600	
Planlægningsområde Syd	20	4.600	6 ▲	50	10.400	-3
Amager Hospital	22	1.500		48	3.100	
Glostrup Hospital	20	1.400		52	3.400	
Hvidovre Hospital	20	1.700		50	3.900	
Planlægningsområde Byen	14	2.300	6 ▲	53	8.200	2
Bispebjerg Hospital	16	1.800		54	5.700	
Frederiksberg Hospital	10	500		52	2.500	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.2.2 Mad og bevægelse blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Mad

I Region Hovedstaden har 15 % af borgerne med hjertesygdom (F) meget usunde madvaner, svarende til 3.400 personer, og andelen varierer fra 12 % i planlægningsområde Midt til 20 % i planlægningsområde Syd (tabel 9.8). Det skal bemærkes, at andelen med meget usunde madvaner er høj blandt borgere med hjertesygdom (F) bosiddende i optageområdet for Hvidovre Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Stigningen på 6 procentpoint i planlægningsområde Syd skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Bevægelse

I Region Hovedstaden er mere end hver anden borger med hjertesygdom (F) ikke moderat til hårdt fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen, svarende til 11.600 personer, og andelen varierer fra 50 % i planlægningsområde Syd til 63 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.8).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Ændringerne som ses for planlægningsområderne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 9.8 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til mad og bevægelse

	Meget usunde madvaner			Fysisk aktiv <30 minutter om dagen		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	3.400	2	56	11.600	3
Planlægningsområde Nord	13	500	2	58	2.000	6
Planlægningsområde Midt	12	700	2	56	2.900	7
Gentofte Hospital	11	300		64	1.400	
Herlev Hospital	13	400		50	1.500	
Planlægningsområde Syd	20	1.200	6	50	3.100	-3
Amager Hospital	15	300		39	600	
Glostrup Hospital	12	200		59	1.000	
Hvidovre Hospital	27	800		50	1.500	
Planlægningsområde Byen	17	900	1	63	3.000	2
Bispebjerg Hospital	21	800		66	2.100	
Frederiksberg Hospital	7	100		56	800	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.2.3 Mad og bevægelse blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Mad

I Region Hovedstaden har 21 % af borgerne med KOL meget usunde madvaner, svarende til 6.900 personer, og andelen varierer fra 13 % i planlægningsområde Midt til 26 % i planlægningsområde Syd (tabel 9.9). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med meget usunde madvaner er lav blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Glostrup Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Bevægelse

I Region Hovedstaden er mere end hver anden borger med KOL ikke moderat til hårdt fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen, svarende til 16.900 personer, og andelen varierer fra 49 % i planlægningsområde Midt til 64 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.9). Det skal bemærkes, at andelen af fysisk inaktive

borgere er lav blandt borgere med KOL bosiddende i optageområdet for Herlev Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Tabel 9.9 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til mad og bevægelse

	Meget usunde madvaner			Fysisk aktiv <30 minutter om dagen		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	21	6.900	2	57	16.900	1
Planlægningsområde Nord	18	1.400	0	56	4.000	4
Planlægningsområde Midt	13	1.000	-2	49	3.400	-3
Gentofte Hospital	9	200		49	1.000	
Herlev Hospital	15	800		49	2.400	
Planlægningsområde Syd	26	2.500	2	56	4.600	0
Amager Hospital	24	700		52	1.300	
Glostrup Hospital	29	900		56	1.500	
Hvidovre Hospital	26	1.000		60	1.900	
Planlægningsområde Byen	23	1.900	3	64	4.600	1
Bispebjerg Hospital	24	1.300		65	3.200	
Frederiksberg Hospital	22	600		63	1.400	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.2.4 Mad og bevægelse blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Mad

I Region Hovedstaden har 15 % af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme meget usunde madvaner, svarende til 15.500 personer, og andelen varierer fra 10 % i planlægningsområde Midt til 20 % i planlægningsområde Syd (tabel 9.10). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med meget usunde madvaner er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområderne for Amager Hospital og Glostrup Hospital.

som har meget usunde madvaner, mens der i planlægningsområde Midt ses et mindre insignifikant fald på 3 procentpoint.

Bevægelse

I Region Hovedstaden er mere end hver anden borger med 3 eller flere kroniske sygdomme ikke moderat til hårdt fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen, svarende til 50.300 personer, og andelen varierer fra 50 % i planlægningsområde Midt til 57 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.10). Det skal bemærkes, at andelen af fysisk inaktive borgere er høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Glostrup Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Tabel 9.10 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til mad og bevægelse

	Meget usunde madvaner			Fysisk aktiv <30 minutter om dagen		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	15.500	2 ▲	54	50.300	1
Planlægningsområde Nord	12 *	2.500	0	52	10.100	0
Planlægningsområde Midt	10 *	2.700	-3	50 *	12.200	0
Gentofte Hospital	6 *	700		49	4.900	
Herlev Hospital	13	2.100		50	7.300	
Planlægningsområde Syd	20 *	6.100	6 ▲	55	14.900	2
Amager Hospital	22 *	1.800		51	3.700	
Glostrup Hospital	22 *	2.200		59 *	5.400	
Hvidovre Hospital	18 *	2.100		55	5.800	
Planlægningsområde Byen	16	3.500	3	57	11.200	-1
Bispebjerg Hospital	19	2.700		57	7.400	
Frederiksberg Hospital	11	800		57	3.800	

* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema

9.3 Overvægt

I dette afsnit beskrives moderat og svær overvægt blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Herefter beskrives moderat og svær overvægt på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom (F), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Overvægt, som følge af manglende bevægelse og et højt kalorieindtag i maden, er en vigtig risikofaktor for sundhed og trivsel, både direkte og indirekte. Direkte fordi overvægt belaster hjerte og lunger, og indirekte fordi overvægt øger risikoen for udvikling af kronisk sygdom, såsom diabetes, hjertekarsygdom og visse kræftformer [53-55]. Blandt overvægtige borgere med kronisk sygdom, som har overvægtsrelaterede sygdomme eller er i risiko for at få sådanne, kan et tilsigtet vægttab have en gavnlig effekt på sygdommens udvikling og prognose. Herudover kan et vægttab medføre lindring af smerter i leddene og forbedre livskvalitet, selvtillid og selvværd. Kliniske vejledninger og patientvejledninger indeholder derfor anbefalinger om, at patienterne skal informeres om de gavnlige effekter af vægttab, og motiveres og have hjælp til dette for eksempel via kostmætning og øget fysisk aktivitet [56;57].

Overvægt vurderes på baggrund af borgernes BMI, der beregnes ud fra en persons vægt og højde som vægt (kg) / højde(m)². I sundhedsprofilen inddeles BMI i fire vægtklasser baseret på WHO's definition:

- Undervægt: BMI < 18,5
- Normalvægt: BMI 18,5 - < 25,0
- Moderat overvægt: BMI 25,0 - < 30,0
- Svær overvægt: BMI ≥ 30,0

(se *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, kapitel 4). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man gennem hele livet holder sin normalvægt [56].

I dette afsnit beskrives forekomsten af moderat overvægt og svær overvægt. Da vægt og højde er selvrapporteret, må rapportens tal for overvægt betragtes som minimumstal. Det skyldes, at flere undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål [54;58].

I Region Hovedstaden er omkring hver tredje borger moderat overvægtig, svarende til 410.900 personer og hver tiende borger er svært overvægtig, svarende til 154.600 personer (tabel 9.11). Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med kronisk sygdom en større andel som er henholdsvis moderat eller svært overvægtige. Dette gælder dog ikke blandt borgere med knogleskørhed, hvor der er en mindre andel som er moderat overvægtige sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Moderat overvægt er særligt udbredt blandt borgere med forhøjet blodtryk og borgere med forhøjet kolesterol, her er omkring 40 % moderat overvægtige. Svær overvægt er især udbredt blandt borgere med diabetes, her er hver tredje borger svært overvægtig.

Multisygdom: Andelen af borgere, der er moderat eller svært overvægtige stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Dette er særligt udtalt for svær overvægt, hvor andelen er næsten dobbelt så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere, der er henholdsvis moderat eller svært overvægtige uændret i regionen som helhed. For størstedelen af de kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer er der ikke sket nogen ændringer i andelen af borgere, der er moderat eller svært overvægtige.

Tabel 9.11 Borgere, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	30	410.900	0	11	154.600	0
Uden kronisk sygdom	28	206.600	1	7	55.600	-1
Diabetes	38	30.700	0	34	27.000	1
Hjertesygdom	38	21.100	0	22	12.100	1
Hjertesygdom (F)	38	8.800	0	24	5.700	1
Apopleksi	35	8.400	-2	17	3.900	0
KOL	34	11.900	0	20	7.000	0
Astma	32	21.300	0	17	11.300	2
Kræft	37	17.100	2	13	6.000	-1
Inflammatorisk ledsygdom	38	12.600	0	23	7.600	-1
Slidgigt	37	83.900	0	20	46.000	0
Rygsygdom	36	58.100	-1	17	27.400	-1
Knogleskørhed	25	8.700	0	9	3.300	1
Antidepressiv medicin	34	20.300	1	19	11.600	0
Svær psykisk lidelse	30	7.700	0	24	6.100	1
Luftvejsallergi	32	57.700	0	14	25.600	0
Hyppig hovedpine/migræne	29	50.600	1	14	24.600	-2
Multisygdom						
1 kronisk sygdom	32	108.300	-1	13	44.100	0
2 kroniske sygdomme	36	57.300	1	19	29.900	1
3+ kroniske sygdomme	37	38.800	1	24	25.000	0
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk	40	105.400	2	23	60.500	0
Forhøjet kolesterol	42	70.800	1	22	38.000	-1

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom og hovedpine er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Moderat overvægt er mest udbredt blandt

- Borgere med forhøjet blodtryk
- Borgere med forhøjet kolesterol

Svær overvægt er mest udbredt blandt

- Borgere med diabetes

9.3.1 Overvægt blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Moderat og svær overvægt

I Region Hovedstaden er 38 % af borgerne med diabetes moderat overvægtige, svarende til 30.700 personer, og 34 % er svært overvægtige, svarende til 27.000 personer (tabel 9.12). Der er stort set ingen forskelle i andelen af borgere med diabetes, der er henholdsvis moderat eller svært overvægtige på tværs af planlægningsområderne. Det skal bemærkes, at andelen af svært overvægtige borgere er lav blandt borgere med diabetes bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder for hverken moderat eller svær overvægt. Faldet på 5 procentpoint i planlægningsområde Midt for moderat overvægt, og stigningen på 4 procentpoint i planlægningsområde Midt for svær overvægt skal tolkes med varsomhed.

Tabel 9.12 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	38	30.700	0	34	27.000	1
Planlægningsområde Nord	39	6.100	-3	33	5.200	2
Planlægningsområde Midt	37	7.700	-5	32	6.600	4
Gentofte Hospital	38	3.100		27*	2.200	
Herlev Hospital	36	4.600		35	4.500	
Planlægningsområde Syd	39	9.200	3	36	8.500	-3
Amager Hospital	42	2.800		32	2.200	
Glostrup Hospital	38	2.900		37	2.800	
Hvidovre Hospital	39	3.500		40	3.600	
Planlægningsområde Byen	38	6.500	3	33	5.600	-1
Bispebjerg Hospital	37	4.300		36	4.100	
Frederiksberg Hospital	40	2.200		26	1.500	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.3.2 Overvægt blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Moderat og svær overvægt

I Region Hovedstaden er 38 % af borgerne med hjertesygdom (F) moderat overvægtige, svarende til 8.800 personer, og 24 % er svært overvægtige, svarende til 5.700 personer (tabel 9.13).

Andelen af borgere med hjertesygdom (F), som er moderat overvægtige varierer fra 34 % i planlægningsområde Byen til 41 % i planlægningsområde Nord, mens andelen, som er svært overvægtige varierer fra 18 % i planlægningsområde Midt til 31 % i planlægningsområde Byen.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder for hverken moderat eller svær overvægt. Faldet på 5 procentpoint i planlægningsområde Syd for moderat overvægt skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringen grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser. Ligeså med stigningen på 8 procentpoint i planlægningsområde Byen og faldet på 6 procentpoint i planlægningsområde Midt, begge for svær overvægt.

Tabel 9.13 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	38	8.800	0	24	5.700	1
Planlægningsområde Nord	41	1.600	2	22	800	2
Planlægningsområde Midt	38	2.300	1	18	1.100	-6
Gentofte Hospital	42	1.100		15	400	
Herlev Hospital	35	1.200		20	700	
Planlægningsområde Syd	38	2.600	-5	26	1.800	2
Amager Hospital	48	900		20	400	
Glostrup Hospital	30	500		25	400	
Hvidovre Hospital	37	1.200		30	1.000	
Planlægningsområde Byen	34	1.800	-2	31	1.700	8
Bispebjerg Hospital	30	1.100		32	1.200	
Frederiksberg Hospital	41	700		29	500	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.3.3 Overvægt blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Moderat og svær overvægt

I Region Hovedstaden er 34 % af borgerne med KOL moderat overvægtige, svarende til 11.900 personer, og 20 % er svært overvægtige, svarende til 7.000 personer (tabel 9.14). Andelen af borgere med KOL, som er moderat overvægtige varierer fra 31 % i planlægningsområde Midt til 35 % i planlægningsområderne Nord og Byen, mens andelen, som er svært overvægtige varierer fra 18 % i planlægningsområde Midt til 22 % i planlægningsområde Syd.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder for hverken moderat eller svær overvægt. Faldet på 5 procentpoint i planlægningsområde Nord og stigningen på 7 procentpoint i planlægningsområde Byen, begge for moderat overvægt, skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 9.14 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	34	11.900	0	20	7.000	0
Planlægningsområde Nord	35	2.900	-5	20	1.700	3
Planlægningsområde Midt	31	2.400	0	18	1.500	-3
Gentofte Hospital	26	600		17	400	
Herlev Hospital	33	1.800		19	1.000	
Planlægningsområde Syd	34	3.400	-2	22	2.200	2
Amager Hospital	31	900		19	600	
Glostrup Hospital	35	1.100		20	600	
Hvidovre Hospital	36	1.400		26	1.000	
Planlægningsområde Byen	35	2.900	7	20	1.600	-1
Bispebjerg Hospital	34	1.800		21	1.200	
Frederiksberg Hospital	37	1.000		17	500	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.3.4 Overvægt blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Moderat og svær overvægt

I Region Hovedstaden er 37 % af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme moderat overvægtige, svarende til 38.800 personer, og 24 % er svært overvægtige, svarende til 25.000 personer (tabel 9.15). Andelen af borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme, som er moderat overvægtige varierer fra 35 % i planlægningsområde Byen til 38 % i planlægningsområde Syd, mens andelen, som er svært overvægtige varierer fra 21 % i planlægningsområde Midt til 26 % i planlægningsområde Syd.

Det skal bemærkes, at andelen af svært overvægtige borgere er høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Hvidovre Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder for hverken moderat eller svær overvægt.

Tabel 9.15 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	37	38.800	1	24	25.000	0
Planlægningsområde Nord	36	8.000	-3	23	5.100	1
Planlægningsområde Midt	36	9.900	-1	21	5.800	0
Gentofte Hospital	35	3.900		19	2.100	
Herlev Hospital	37	6.000		23	3.700	
Planlægningsområde Syd	38	11.600	1	26	8.000	-2
Amager Hospital	41	3.500		21	1.900	
Glostrup Hospital	36	3.700		27	2.800	
Hvidovre Hospital	37	4.400		28*	3.300	
Planlægningsområde Byen	35	7.800	4	23	5.100	-3
Bispebjerg Hospital	36	5.100		26	3.800	
Frederiksberg Hospital	34	2.600		18	1.400	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

9.4 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol

I dette afsnit beskrives forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Herefter beskrives forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol på tværs af planlægningsområderne blandt borgere med diabetes, borgere med hjertesygdom (F), borgere med KOL og borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Tallene for hospitalsoptageområderne præsenteres i tabellerne, og enkelte tal, der adskiller sig fra regionen som helhed, fremhæves.

Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er baseret på registerdata og defineret ud fra relevante diagnosekoder og ATC-koder (se kapitel 1).

Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er risikofaktorer for en række kroniske sygdomme. Højt blodtryk er eksempelvis risikofaktor for hjertekarsygdomme, apopleksi og tidlig død, mens forhøjet kolesterol ofte ses i forbindelse med diabetes og hjertekarsygdomme. Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er ofte betinget af borgernes sundhedsadfærd såsom rygevaner, fysisk aktivitetsniveau, madvaner og alkoholforbrug [3;45;50]. Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol kan forsøges behandlet med livsstilsændringer så som vægttab, kostomlægning og øget motion [59]. Ved at gennemføre livsstilsændringer kan mange nedsætte risikoen for kronisk sygdom og patienter med kronisk

sygdom kan nedsætte risikoen for progression af sygdommen evt. sammen med optimal medicinsk behandling [60]. Kliniske vejledninger og patientvejledninger indeholder derfor anbefalinger om, at patienter med henholdsvis forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol skal motiveres og have hjælp til eksempelvis kostomlægning og øget fysisk aktivitet [56].

I Region Hovedstaden har hver femte borger forhøjet blodtryk, svarende til 282.800 personer og mere end hver tiende har forhøjet kolesterol, svarende til 173.600 personer (tabel 9.16). Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med kronisk sygdom en større andel som har henholdsvis forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol. Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er især udbredt blandt borgere med hjertesygdom, apopleksi og borgere med diabetes, her er det omkring 70 % af borgere, som har henholdsvis forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol. Forhøjet blodtryk er herudover særligt udbredt blandt borgere med forhøjet kolesterol og demens, mens forhøjet kolesterol er særligt udbredt blandt borgere med hjertesygdom (F).

Multisygdom: Andelen af borgere, der har forhøjet blodtryk og andelen der har forhøjet kolesterol stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen med forhøjet blodtryk og andelen med forhøjet kolesterol omkring tre gange større blandt borgere med 3 eller flere

kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere, der har henholdsvis forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol uændret i regionen som helhed. For nogle af de kroniske

sygdomme er der sket små fald og for andre små stigninger i andelen af borgere med forhøjet blodtryk. Den største stigning på 4 procentpoint ses blandt borgere med KOL. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol er steget for de fleste kroniske sygdomme. De største stigninger på 7-9 procentpoint ses blandt borgere med demens og KOL.

Tabel 9.16 Borgere, som har forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol

	Forhøjet blodtryk			Forhøjet kolesterol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	20	282.800	0	12	173.600	1
Uden kronisk sygdom	8	64.500	0	4	30.500	1
Diabetes	72	61.000	3	64	54.700	5
Hjertesygdom	71	42.600	1	67	40.000	5
Hjertesygdom (F)	56	13.100	1	79	18.200	1
Apopleksi	72	20.400	3	70	19.800	6
KOL	57	22.600	4	37	14.600	7
Astma	25	17.900	0	15	10.400	2
Kræft	49	22.100	3	28	12.900	4
Inflammatorisk ledsygdom	56	18.600	2	36	12.200	5
Slidgigt	43	101.200	-1	27	63.100	3
Rygsygdom	30	49.300	0	20	33.100	3
Knogleskørhed	54	20.000	1	31	11.600	5
Antidepressiv medicin	38	26.300	0	25	17.000	3
Svær psykisk lidelse	30	12.200	-1	19	7.500	4
Demens#	69	7.000	3	38	3.800	9
Luftvejsallergi	29	51.400	1	18	31.200	3
Hyppig hovedpine/migræne	18	33.200	-1	9	16.700	0
Multisygdom						
1 kronisk sygdom	23	81.500	0	15	50.700	2
2 kroniske sygdomme	40	65.900	1	27	45.100	4
3+ kroniske sygdomme	60	66.800	2	46	50.700	6
Biologiske risikofaktorer						
Forhøjet blodtryk				44	124.300	6
Forhøjet kolesterol	72	124.300	2			
Moderat overvægt	26	105.400	2	17	70.800	3
Svær overvægt	39	60.500	1	25	38.000	4

Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Øvrige resultater på de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for flere kroniske sygdomme er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. #Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Forhøjet blodtryk er mest udbredt blandt

- Borgere med diabetes
- Borgere med hjertesygdom
- Borgere med apopleksi
- Borgere med demens
- Borgere med forhøjet kolesterol

Forhøjet kolesterol er mest udbredt blandt

- Borgere med diabetes
- Borgere med hjertesygdom
- Borgere med hjertesygdom (F)
- Borgere med apopleksi

9.4.1 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med diabetes i planlægningsområderne

Forhøjet blodtryk

I Region Hovedstaden har 72 % af borgere med diabetes forhøjet blodtryk, svarende til 61.000 personer, og andelen varierer fra 69 % i planlægningsområde Byen til 73 % i planlægningsområde Nord (tabel 9.17).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der sket en lille stigning på 2 procentpoint i regionen som helhed. I alle planlægningsområderne ses også små stigninger på 1-3 procentpoint.

Forhøjet kolesterol

I Region Hovedstaden har to ud af tre borgere med diabetes forhøjet kolesterol, svarende til 54.700 personer, og andelen varierer fra 60 % i planlægningsområde Byen til 67 % i planlægningsområde Nord (tabel 9.17).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med forhøjet kolesterol steget med 5 procentpoint i regionen som helhed. I alle planlægningsområderne ses også stigninger på 5-6 procentpoint.

Tabel 9.17 Borgere med diabetes i planlægningsområderne, som har forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol

	Forhøjet blodtryk			Forhøjet kolesterol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	72	61.000	3 ▲	64	54.700	5 ▲
Planlægningsområde Nord	73 *	12.600	3 ▲	67 *	11.600	6 ▲
Planlægningsområde Midt	72	15.700	3 ▲	66 *	14.500	5 ▲
Gentofte Hospital	70 *	5.700		63 *	5.200	
Herlev Hospital	73 *	10.000		67 *	9.300	
Planlægningsområde Syd	72	18.500	2 ▲	64 *	16.400	6 ▲
Amager Hospital	72	5.500		62 *	4.700	
Glostrup Hospital	73 *	5.900		68 *	5.600	
Hvidovre Hospital	72 *	7.100		62 *	6.100	
Planlægningsområde Byen	69 *	11.500	2 ▲	60 *	10.000	6 ▲
Bispebjerg Hospital	68 *	7.500		58 *	6.400	
Frederiksberg Hospital	70 *	4.000		63 *	3.600	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013

Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

9.4.2 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med hjertesygdom i planlægningsområderne

Forhøjet blodtryk

I Region Hovedstaden har mere end hver anden borger med hjertesygdom (F) forhøjet blodtryk, svarende til 13.100 personer, og andelen varierer fra 48 % i planlægningsområde Nord til 64 % i planlægningsområde Byen (tabel 9.18). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lav blandt borgere med hjertesygdom (F) bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital og høj i optageområdet for Bispebjerg Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der stort set ikke sket nogen ændringer i regionen som helhed. I planlægningsområde Nord ses dog en stigning på 3 procentpoint, mens andelen af

borgere med forhøjet blodtryk ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Forhøjet kolesterol

I Region Hovedstaden har 79 % af borgerne med hjertesygdom (F) forhøjet kolesterol, svarende til 18.200 personer. Der er stort set ingen forskelle i andelen af borgere med hjertesygdom (F), der har forhøjet kolesterol på tværs af planlægningsområderne (tabel 9.18).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der stort set ikke sket nogen ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder.

Tabel 9.18 Borgere med hjertesygdom (F) i planlægningsområderne, som har forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol

	Forhøjet blodtryk			Forhøjet kolesterol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	56	13.100	1 ▲	79	18.200	1 ▲
Planlægningsområde Nord	48 *	2.100	3 ▲	80	3.500	1 ▲
Planlægningsområde Midt	53 *	3.300	2 ▲	77 *	4.800	2 ▲
Gentofte Hospital	49 *	1.300		74 *	2.000	
Herlev Hospital	55 *	2.000		78	2.800	
Planlægningsområde Syd	59 *	3.800	1	79 *	5.100	0
Amager Hospital	62 *	1.400		78 *	1.700	
Glostrup Hospital	60 *	1.100		84 *	1.500	
Hvidovre Hospital	55 *	1.400		76 *	2.000	
Planlægningsområde Byen	64 *	3.300	1 ▲	79	4.100	0
Bispebjerg Hospital	67 *	2.300		81 *	2.800	
Frederiksberg Hospital	58	1.000		76 *	1.400	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

9.4.3 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med KOL i planlægningsområderne

Forhøjet blodtryk

I Region Hovedstaden har mere end hver anden borger med KOL forhøjet blodtryk, svarende til 22.600 personer. Der er stort set ingen forskelle i andelen af borgere med KOL, der har forhøjet blodtryk på tværs af planlægningsområderne (tabel 9.19).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med forhøjet blodtryk steget med 4 procentpoint i regionen som helhed. I alle planlægningsområderne ses også stigninger på 3-4 procentpoint.

Forhøjet kolesterol

I Region Hovedstaden har 37 % af borgerne med KOL forhøjet kolesterol, svarende til 14.600 personer, og andelen varierer fra 34 % i planlægningsområde Byen til 38 % i planlægningsområderne Nord og Syd (tabel 9.19).

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med forhøjet kolesterol steget med 7 procentpoint i regionen som helhed. I alle planlægningsområderne ses også stigninger på 6-8 procentpoint.

Tabel 9.19 Borgere med KOL i planlægningsområderne, som har forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol

	Forhøjet blodtryk			Forhøjet kolesterol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	57	22.600	4 ▲	37	14.600	7 ▲
Planlægningsområde Nord	57	4.800	4 ▲	38	3.200	8 ▲
Planlægningsområde Midt	56 *	5.500	4 ▲	36 *	3.600	5 ▲
Gentofte Hospital	55 *	1.800		35 *	1.200	
Herlev Hospital	56 *	3.700		37	2.400	
Planlægningsområde Syd	58	6.800	4 ▲	38	4.400	7 ▲
Amager Hospital	57	2.100		36 *	1.300	
Glostrup Hospital	58	2.100		41 *	1.500	
Hvidovre Hospital	58	2.500		38	1.600	
Planlægningsområde Byen	57	4.800	3 ▲	34 *	2.800	6 ▲
Bispebjerg Hospital	58	3.100		35 *	1.800	
Frederiksberg Hospital	56	1.700		33 *	1.000	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på oplysninger fra registre.

9.4.4 Forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne

Forhøjet blodtryk

I Region Hovedstaden har 60 % af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme forhøjet blodtryk, svarende til 66.800 personer, og andelen varierer fra 56 % i planlægningsområde Midt til 63 % i planlægningsområderne Syd og Byen (tabel 9.20). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lav blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Gentofte Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er der ikke sket væsentlige ændringer i regionen som helhed eller på tværs af planlægningsområder. Stigningen på 5 procentpoint i planlægningsområde Byen skal tolkes med varsomhed.

Forhøjet kolesterol

I Region Hovedstaden har 46 % af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme forhøjet kolesterol, svarende til 50.700 personer, og andelen varierer fra 42 % i planlægningsområde Nord til 48 % i planlægningsområderne Midt og Syd (tabel 9.20). Det skal bemærkes, at andelen af borgere med forhøjet kolesterol er høj blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme bosiddende i optageområdet for Glostrup Hospital.

Udvikling fra 2010 – 2013: Siden 2010 er andelen af borgere med forhøjet kolesterol steget med 6 procentpoint i regionen som helhed. I planlægningsområderne Syd og Byen ses stigninger på 7 procentpoint, mens andelen af borgere med forhøjet kolesterol ikke har ændret sig væsentligt i de andre planlægningsområder.

Tabel 9.20 Borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme i planlægningsområderne, som har forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol

	Forhøjet blodtryk			Forhøjet kolesterol		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	60	66.800	2	46	50.700	6 ▲
Planlægningsområde Nord	58	13.400	1	42	9.700	3
Planlægningsområde Midt	56	15.700	0	48	13.400	5
Gentofte Hospital	54	6.300		49	5.600	
Herlev Hospital	57	9.400		47	7.800	
Planlægningsområde Syd	63	20.600	3	48	15.500	7 ▲
Amager Hospital	59	5.400		45	4.100	
Glostrup Hospital	64	6.900		51	5.500	
Hvidovre Hospital	66	8.300		48	6.000	
Planlægningsområde Byen	63	14.800	5	43	10.200	7 ▲
Bispebjerg Hospital	64	9.600		42	6.400	
Frederiksberg Hospital	62	5.200		45	3.800	

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 ▲ Signifikant ændring fra 2010 til 2013
 Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.



Kapitel 10

Motivation til adfærdsændring



10 Motivation til adfærdsændring

- Generelt er borgere med kronisk sygdom motiverede for at ændre sundhedsadfærd. Der er et særligt stort ønske om at ændre ryge-, mad- og bevægelsesvaner såvel som vægt, hvorimod en mindre andel ønsker at ændre deres alkoholvaner.
- Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo mindre andel ønsker at ændre adfærd.
- Der er en større andel af borgere med kronisk sygdom, som dels har fået information om muligheden for hjælp til at ændre sundhedsadfærd, dels har taget imod hjælp sammenlignet med borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som ikke har kronisk sygdom.
- For alle typer af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er egen læge den primære informationskilde, når det gælder information om muligheden for hjælp til adfærdsændring blandt borgere med kronisk sygdom.
- Generelt gælder det, at der er et stort forebyggelsespotentiale i forhold til forbedring af sundhedsadfærden blandt borgere med kronisk sygdom.

Mange borgere med kronisk sygdom har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, alkohol, mad og bevægelse (se kapitel 9). En stor del af disse borgere vil kunne lindre deres symptomer, påvirke udvikling og prognose af egen sygdom og bedre livskvaliteten ved at ændre deres sundhedsadfærd, eksempelvis ved at stoppe med at ryge eller spise sundere. Motivation er afgørende for om borgerne påbegynder en adfærdsændring, og om ændringen af adfærden lykkes [61-62].

Oplysningerne om motivation til adfærdsændring stammer fra:

- Spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2013".

Læsning af tabeller:

- Betegnelsen "Region Hovedstaden" omfatter alle borgere i regionen, det vil sige borgere med og uden sygdom, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller er overvægtige.
- Betegnelsen "Uden kronisk sygdom" omfatter borgere uden kronisk sygdom, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller er overvægtige.

Kapitlets opgørelser:

- Opgørelser i dette kapitel er begrænset til borgere, som har en uhensigtsmæssig adfærd i forhold til rygning, alkohol, mad og bevægelse, og til borgere som er moderat eller svært overvægtige.
- Opgørelserne for alkohol er begrænset til borgere med et storforbrug af alkohol. Opgørelserne kan ikke sammenlignes med opgørelserne i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, da denne omfatter borgere med en risikabel alkoholadfærd.
- Da der er få besvarelser af spørgeskemaet fra borgere med demens, kan der ikke vises resultater for borgere med demens

I "Hvordan har du det? 2013" er der spurgt, om borgeren ønsker at ændre sundhedsadfærd samt for rygestop, om borgeren ønsker hjælp til rygestop.

Generelt er borgere med kronisk sygdom motiverede for at ændre sundhedsadfærd (tabel 10.1 og tabel 10.2). Der er et særligt stort ønske om at ændre ryge-, mad- og bevægelsesvaner såvel som vægt, hvorimod andelen, som ønsker at ændre alkoholvaner er noget mindre.

Ønske om rygestop: Blandt alle borgere i Region Hovedstaden ønsker tre ud af fire dagligrygere, at stoppe med at ryge (tabel 10.1). Blandt borgere med kronisk sygdom, der er dagligrygere, er der generelt en mindre andel, der ønsker at stoppe med at ryge sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, der er dagligrygere. Der er dog flest, som er motiverede blandt borgere med hyppig hovedpine/migræne eller astma, her er det næsten otte ud af ti, som ønsker at stoppe med at ryge. Desuden ønsker næsten syv ud af ti dagligrygere med KOL at stoppe med at ryge. Færrest er motiverede blandt borgere med knogleskørhed, her ønsker fem ud af ti dagligrygere rygestop. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo mindre andel ønsker at stoppe med at ryge. Således ønsker tre ud af fire dagligrygere med 1 kronisk sygdom at stoppe med at ryge, mens det gælder to ud af tre dagligrygere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

Ønske om hjælp til rygestop: Blandt alle borgere i Region Hovedstaden vil omkring fire ud af ti dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, gerne have hjælp til rygestop (tabel 10.1). Blandt borgere med kronisk sygdom, der er dagligrygere og ønsker at stoppe med at ryge, er der en større andel, der ønsker hjælp til rygestop sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Der er flest, som er motiverede blandt borgere med KOL, svær psykisk lidelse eller apopleksi, her er det seks ud af ti dagligrygere, der ønsker hjælp til rygestop. Færrest er motiverede blandt dagligrygere, som er moderat overvægtige, eller som har astma, inflammatorisk ledsygdom eller knogleskørhed, her ønsker omkring fire ud af ti borgere hjælp til at stoppe med at ryge. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel ønsker hjælp til at stoppe med at ryge. Således ønsker omkring 46 % af borgerne med 1-2 kroniske sygdomme hjælp til rygestop, mens det gælder 56 % af borgerne med 3 eller flere kroniske sygdomme. At det netop er dagligrygere, som har flest kroniske sygdomme, der i højest grad ønsker hjælp i forbindelse med rygestop, kan skyldes at disse borgere har sværere ved at stoppe med at ryge på egen hånd.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget: Motivationen for at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som har et storforbrug af alkohol, er væsentligt mindre end motivationen for rygestop blandt dagligrygere i regionen som helhed (tabel 10.1). Blandt alle borgere i Region Hovedstaden ønsker kun én ud af tre borgere med et storforbrug af alkohol, at nedsætte forbruget. Blandt borgere med kronisk sygdom, som har et storforbrug af alkohol, er der flest, som er motiverede blandt borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin

og borgere med svær psykisk lidelse, her ønsker omkring fire ud af ti borgere, at nedsætte deres alkoholforbrug. Færrest er motiverede blandt borgere med hjertesygdom, her ønsker omkring to ud af ti borgere at nedsætte forbruget. Andelen af borgere med et storforbrug af alkohol, som ønsker at nedsætte deres forbrug er lidt mindre blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 eller 2 kroniske sygdomme.

Ønske om at spise sundere: Blandt alle borgere i Region Hovedstaden ønsker omkring halvdelen af borgerne med meget usunde madvaner, at spise sundere (tabel 10.2). Blandt borgere med kronisk sygdom, der har meget usunde madvaner, er der generelt en mindre andel, der ønsker at spise sundere sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, der har meget usunde madvaner. Der er flest, som er motiverede blandt borgere med hyppig hovedpine/migræne og svært overvægtige borgere, her ønsker to ud af tre borgere, at spise sundere. Færrest er motiverede blandt borgere med kræft, her ønsker én ud af tre at spise sundere. Hjertesygdom, apopleksi og diabetes er eksempler på sygdomme, hvor kosten spiller en central rolle for sygdommens udvikling og behandling - her ønsker omkring 45 % af borgerne, at spise sundere. Kosten spiller desuden en stor rolle i forhold til moderat og svær overvægt - her ønsker 55-65 % at spise sundere. Andelen af borgere med meget usunde madvaner, som ønsker at spise sundere er lidt større blandt borgere med 1 kronisk sygdom sammenlignet med borgere med 2, og 3 eller flere kroniske sygdomme.

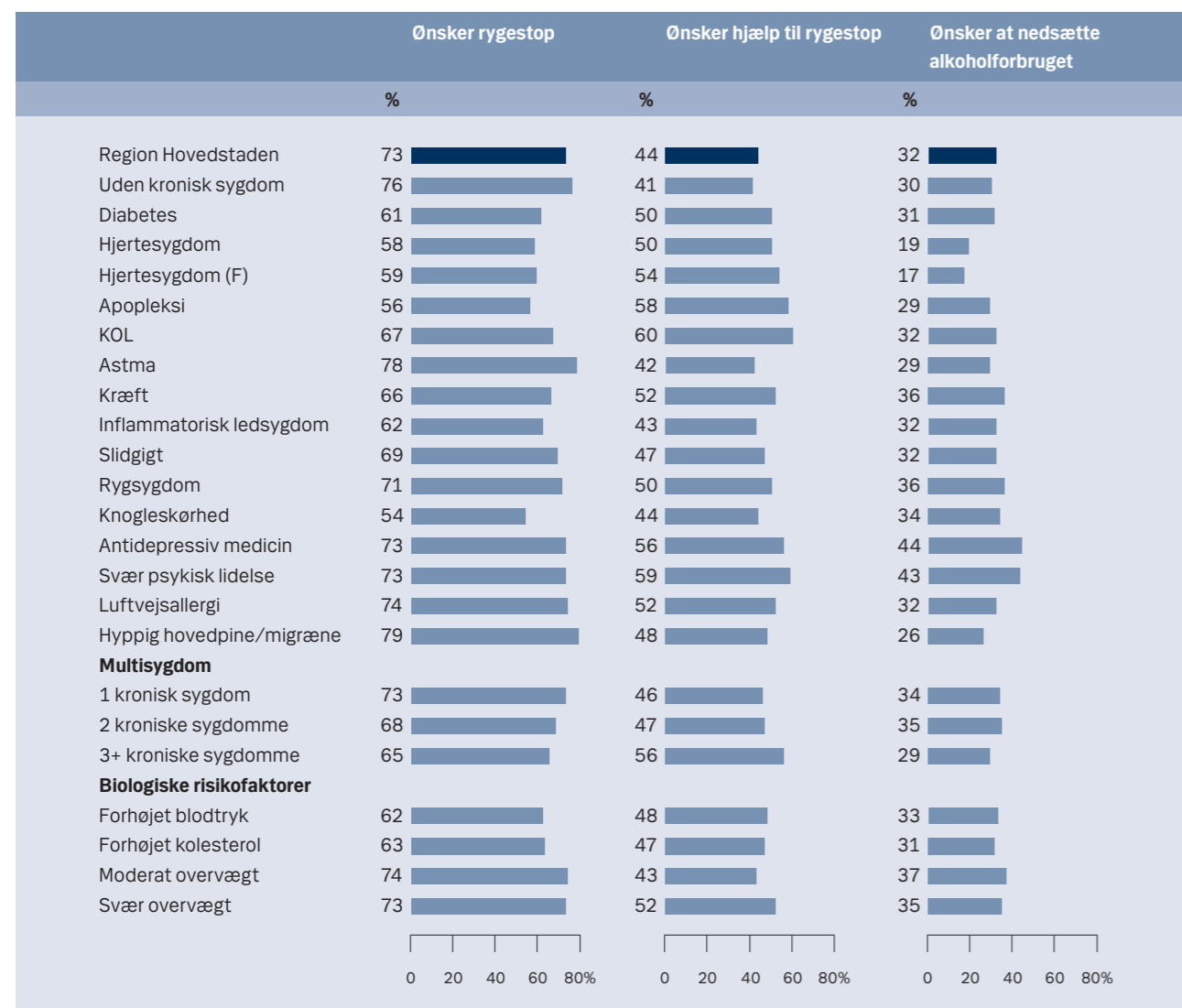
Ønske om at være mere fysisk aktiv: Generelt ønsker en større andel af borgere med uhensigtsmæssig adfærd at ændre adfærd når det gælder fysisk aktivitet end når det gælder madvaner (tabel 10.2). Blandt alle borgere i Region Hovedstaden ønsker syv ud af ti fysisk inaktive borgere at være mere aktive. Blandt borgere med kronisk sygdom, som er fysisk inaktive, er der flest, som er motiverede blandt borgere, som har hyppig hovedpine/migræne eller er svært overvægtige, her ønsker tre ud af fire borgere at være mere fysisk aktive. Hjertesygdom, diabetes og rygsygdom er eksempler på sygdomme, hvor fysisk aktivitet spiller en central rolle for behandlingen - her ønsker omkring 60-70 % af borgerne, at være mere fysisk aktive. Fysisk aktivitet spiller desuden en stor rolle i forhold til følgerne af knogleskørhed. Det er dog netop blandt borgere med knogleskørhed, at færrest er motiverede, her ønsker omkring hver anden borger, at være mere fysisk aktiv. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo mindre andel ønsker at være mere fysisk aktiv. Således ønsker syv ud af ti borgere med 1 kronisk sygdom at være mere fysisk aktiv, mens det gælder omkring seks ud af ti borgere med 2, og 3 eller flere kroniske sygdomme.

Ønske om at tage sig: Blandt alle borgere i regionen ønsker størstedelen af borgerne, som er moderat- eller svært overvægtige, at tage sig (tabel 10.2). Blandt borgere med kronisk sygdom, der er overvægtige, er der flest, som er motiverede blandt borgere, som har hyppig hovedpine/migræne eller er i langvarig behandling med antidepressiv medicin, her ønsker ni ud af ti borgere at tage sig. Hvorimod der er færrest blandt borgere

med hjertesygdom (F) og apopleksi, hvor tre ud af fire ønsker at tabe sig. Andelen af moderat- og svært overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er lidt større blandt borgere med 1 og 2 kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

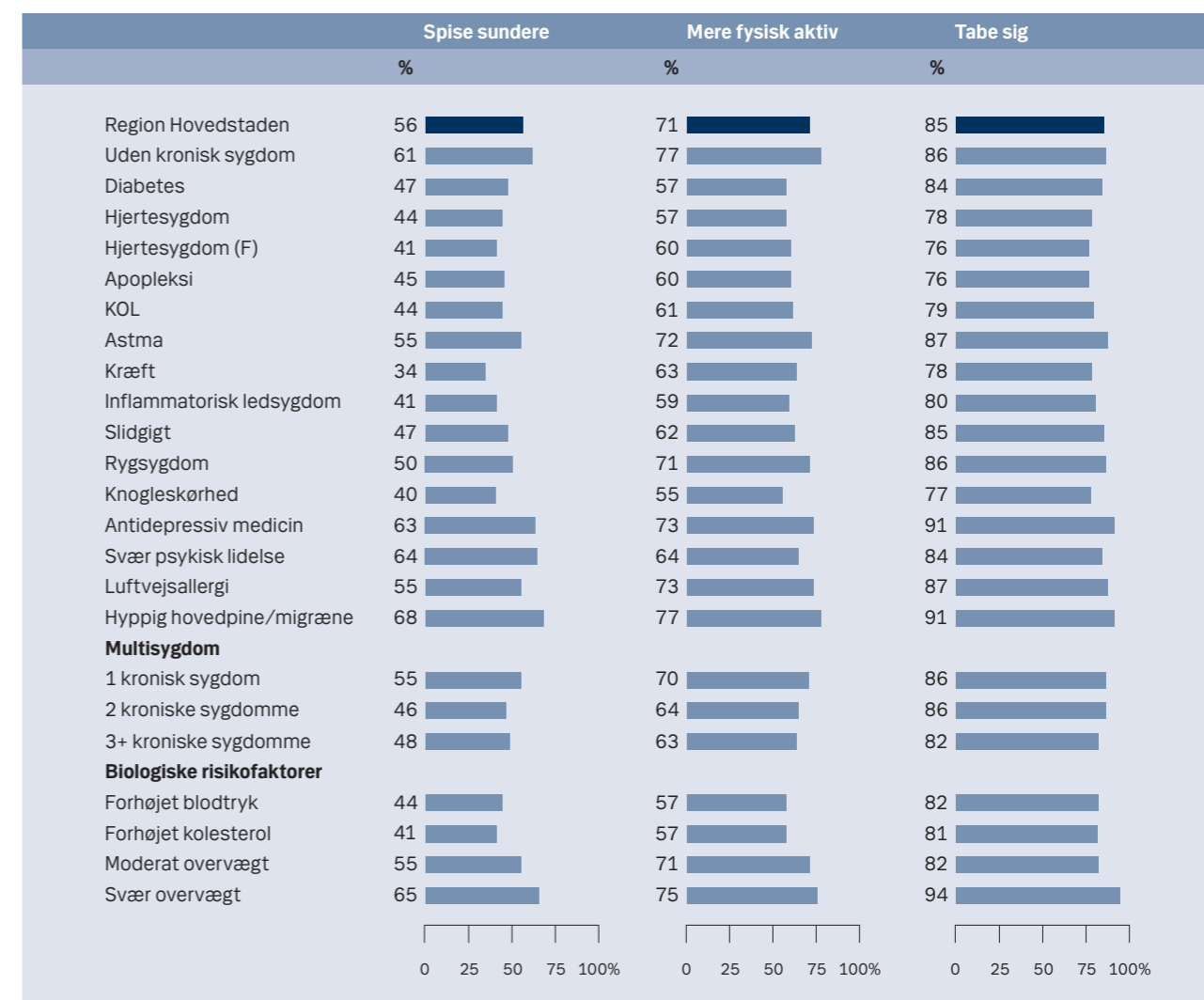
Af ovenstående afsnit fremgår det, at der er et væsentligt forebyggelsespotentiale i forhold til forbedring af sundhedsadfærden blandt borgere med kroniske sygdomme.

Tabel 10.1 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som ønsker rygestop, ønsker hjælp til rygestop eller ønsker at nedsætte alkoholforbruget



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom og hovedpine er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Tabel 10.2 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller er overvægtige, som gerne vil spise sundere, være mere fysisk aktive eller tabe sig



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom og hovedpine er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

10.1 Kroniske sygdomme og individorienterede tilbud

I "Hvordan har du det? 2013" er der spurgt til, om borgeren har fået information om muligheden for hjælp til rygestop samt ændring af alkohol-, mad- og bevægelsesvaner fra henholdsvis kommunens personale, egen læge, hospital, arbejdet/studiet,

eller andre. Der er ligeledes spurgt til, om borgeren har taget imod hjælp til ændring af sundhedsadfærd fra disse kilder. Alle opgørelser er begrænset til borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

10.1.1 Information om hjælp til adfærdsændring

Information om hjælp til rygestop: I Region Hovedstaden har seks ud af ti dagligrygere fået information om muligheden for hjælp til rygestop (tabel 10.3). Blandt borgere med kronisk sygdom, der er dagligrygere, har en større andel modtaget information om hjælp til rygestop sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, der er dagligrygere. Der er flest, som er blevet informeret blandt borgere med hjertesygdom (F) eller KOL, her har næsten otte ud af ti dagligrygere fået information om muligheden for hjælp til rygestop. Hvorimod der er færrest blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, her er omkring seks ud af ti dagligrygere blevet informeret om muligheden.

Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel har modtaget information om muligheden for hjælp til rygestop. Således har seks ud af ti borgere med 1 kronisk sygdom modtaget information, mens det gælder syv ud af ti borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

Information om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget: I Region Hovedstaden har hver fjerde borger, som har et storforbrug af alkohol, fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte forbruget (tabel 10.3). Blandt borgere med kronisk sygdom, som har et storforbrug af alkohol, har en større

andel modtaget information om hjælp til at nedsætte forbruget sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, som har et storforbrug af alkohol. Der er flest, som er blevet informeret blandt borgere med svær psykisk lidelse, her har omkring halvdelen af borgerne fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte forbruget. Hvorimod der er færrest blandt borgere med kræft eller knogleskørhed, her er hver fjerde borger blevet informeret om muligheden. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel har fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget. Således har næsten tre ud af ti borgere med 1 kronisk sygdom modtaget information, mens det gælder næsten fire ud af ti borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

Information om hjælp til at spise sundere: I Region Hovedstaden har hver fjerde borger, som har meget usunde madvaner, fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere (tabel 10.3). Blandt borgere med kronisk sygdom, som har meget usunde madvaner, har en større andel modtaget information om muligheden for hjælp til at spise sundere sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, som har meget usunde madvaner. Dette gælder dog ikke for borgere med knogleskørhed. Der er flest, som er blevet informeret blandt borgere med diabetes eller hjertesygdom (F), her har næsten halvdelen af borgerne fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere. Hvorimod der er færrest blandt borgere med knogleskørhed, her er én ud af ti borgere blevet

informeret om muligheden. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel har fået information om muligheden for hjælp til at spise sundere. Således har omkring hver fjerde borger med 1 kronisk sygdom modtaget information, mens det gælder hver tredje borger med 3 eller flere kroniske sygdomme.

Information om hjælp til at være mere fysisk aktiv:

I Region Hovedstaden har omkring hver tredje borger, som er fysisk aktiv med moderat til hård fysisk intensitet mindre end 30 minutter om dagen, fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv (tabel 10.3). Blandt borgere med kronisk sygdom, som er fysisk inaktive, har en større andel modtaget information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom, som er fysisk inaktive. Der er flest, som er blevet informeret blandt borgere med diabetes eller svær psykisk lidelse, her har halvdelen af borgerne fået information om muligheden for hjælp til at blive mere fysisk aktive. Hvorimod der er færrest blandt borgere med knogleskørhed, her er hver fjerde borger blevet informeret om muligheden. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel har fået information om muligheden for hjælp til at blive mere fysisk aktiv. Således har lidt mere end tre ud af ti borgere med 1 kronisk sygdom modtaget information, mens det gælder fire ud af ti borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme.

Tabel 10.3 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har fået information om muligheden for hjælp til at ændre adfærd

	Rygestop	Nedsætte alkoholforbrug	Spise sundere	Være mere fysisk aktiv
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	60	26	25	30
Uden kronisk sygdom	55	22	21	25
Diabetes	70	40	45	51
Hjertesygdom	72	31	41	38
Hjertesygdom (F)	77	30	45	41
Apopleksi	72	43	32	36
KOL	75	37	31	41
Astma	69	24	24	31
Kræft	69	23	24	32
Inflammatorisk ledsygdom	57	40	34	36
Slidgigt	66	29	28	35
Rygsygdom	64	34	28	37
Knogleskørhed	61	23	10	26
Antidepressiv medicin	66	40	35	43
Svær psykisk lidelse	65	55	37	49
Luftvejsallergi	65	29	28	33
Hyppig hovedpine/migræne	63	25	27	36
Multisygdom				
1 kronisk sygdom	61	28	27	32
2 kroniske sygdomme	68	32	29	36
3+ kroniske sygdomme	69	37	33	40
Biologiske risikofaktorer				
Forhøjet blodtryk	67	33	31	37
Forhøjet kolesterol	71	31	34	41
Moderat overvægt	60	27	21	32
Svær overvægt	64	29	40	46

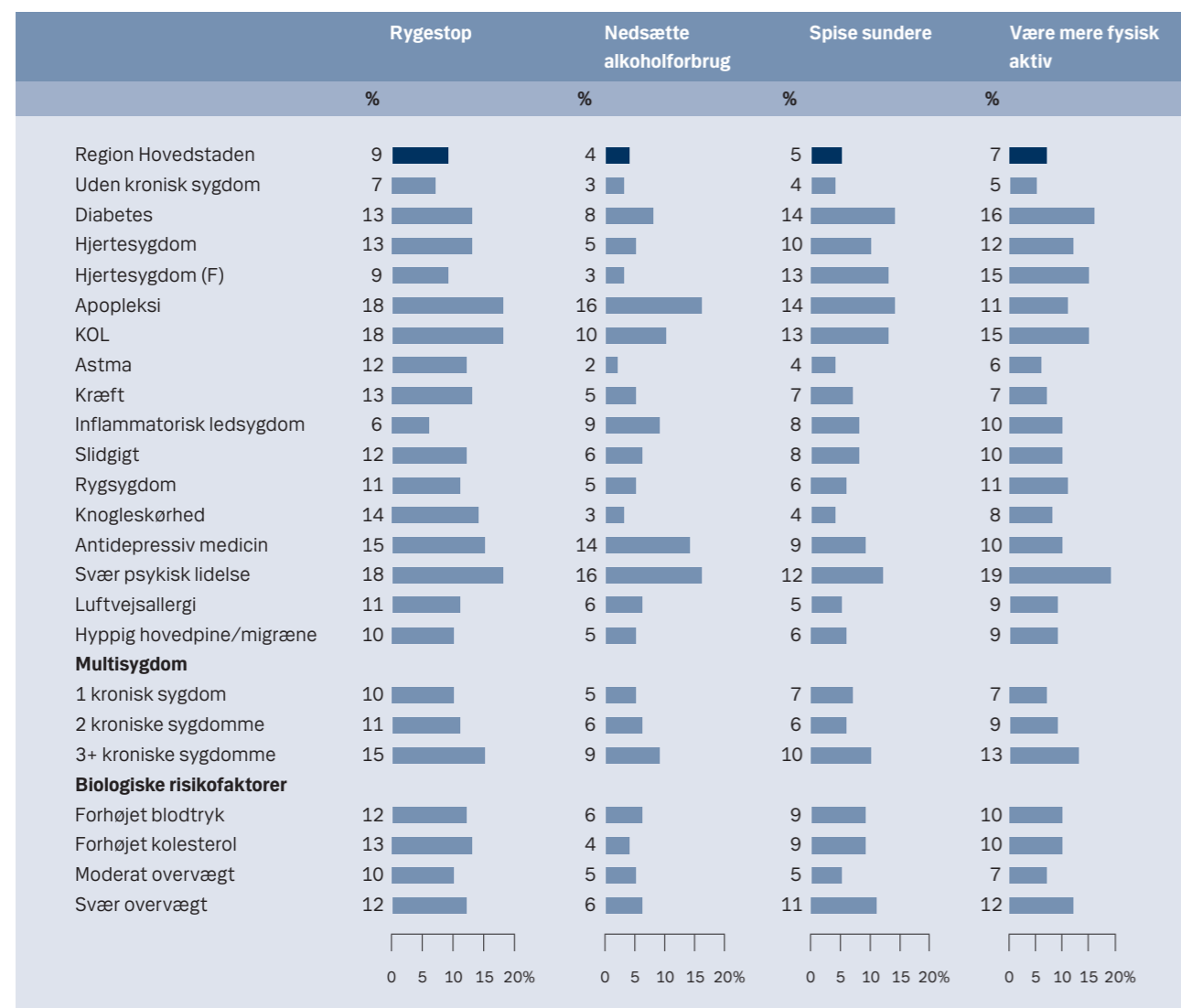
Resultaterne for slidgigt, rygsygdom og hovedpine er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

10.1.2 Tilbud om hjælp til adfærdsændring

Der er generelt en lille andel af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre adfærd (tabel 10.4). Der er dog generelt en større andel af borgere med kronisk sygdom, som har taget imod hjælp, sammenlignet med borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som ikke har kronisk sygdom. Blandt dagligrygere er det i særlig høj grad borgere med apopleksi, svær psykisk lidelse eller KOL, som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop, mens det blandt borgere med et storforbrug af alkohol især er borgere med svær psykisk lidelse eller apopleksi, som har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget. Blandt

borgere med meget usunde madvaner er det i særlig høj grad borgere med apopleksi eller diabetes, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere, mens det blandt fysisk inaktive borgere især er borgere med svær psykisk lidelse eller diabetes, som har taget imod tilbud om hjælp til at være mere fysisk aktive. Der er en tendens til, at jo flere kroniske sygdomme en borger har, jo større andel har taget imod tilbud om hjælp til at ændre adfærd. Der er eksempelvis tale om en næsten dobbelt så stor andel borgere med 3 eller flere sygdomme, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre deres alkohol- eller bevægelsesvaner sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

Tabel 10.4 Borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre adfærd



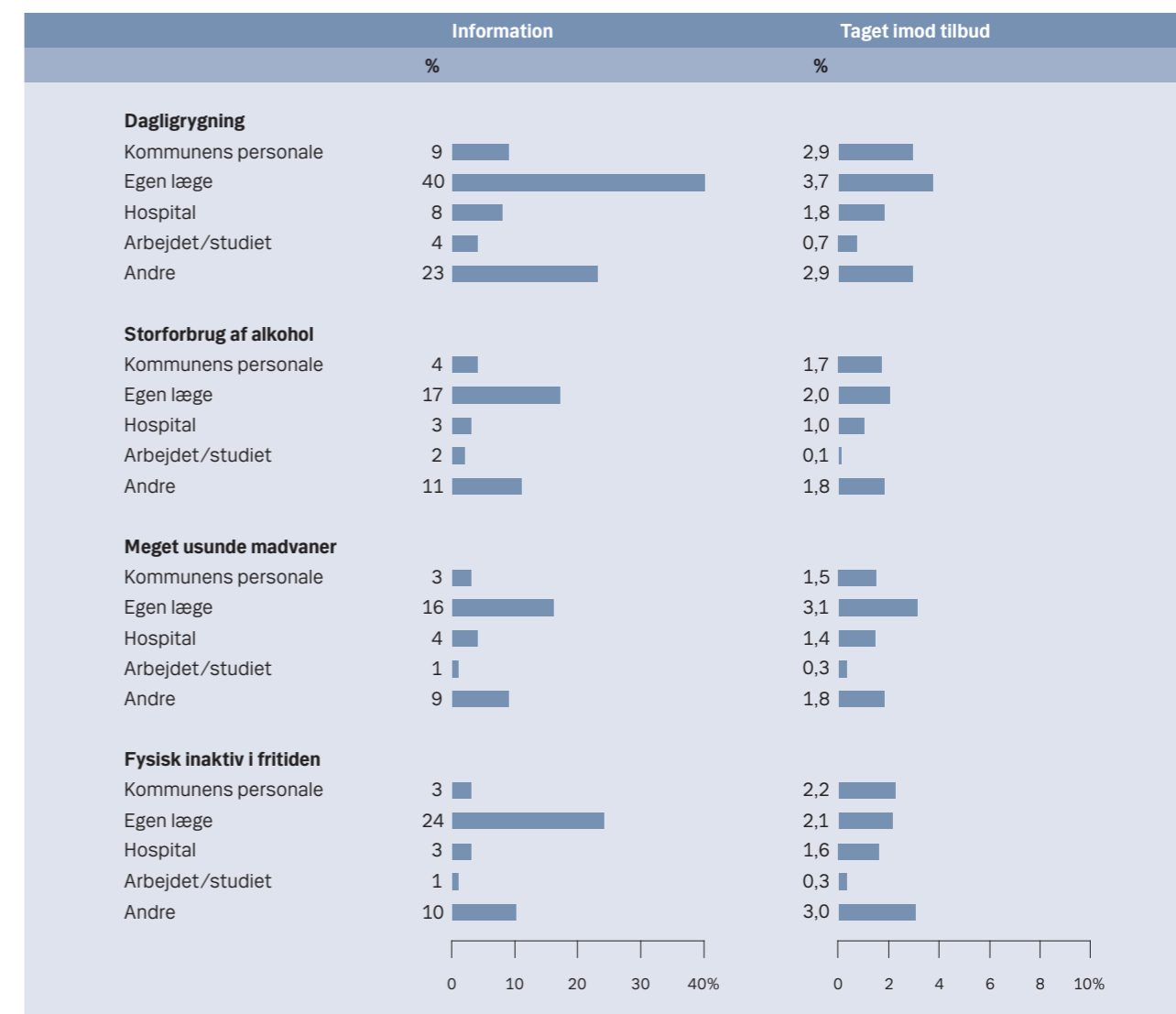
Resultaterne for slidgigt, rygsygdom og hovedpine er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

10.1.3 Informationskilder

I "Hvordan har du det? 2013" er der spurgt til, hvilke kilder, der har informeret borgerne om muligheden for hjælp til ændring af adfærd, og om borgeren har taget imod tilbuddet om hjælp fra disse kilder. Der er spurgt ind til følgende kilder: Kommunens personale, egen læge, hospital, arbejdet/studiet eller andre. Informationskilden "andre" er ikke nærmere defineret i spørgeskemaundersøgelsen, hvorfor det er uvist præcist hvad betegnelsen dækker over. Alle opgørelser er begrænset til borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Det ses, at for alle typer af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er egen læge den primære informationskilde, når det gælder information om muligheden for hjælp til adfærdsændring (tabel 10.5). Andelen af borgere, som har fået information om hjælp til adfærdsændring fra egen læge, er især høj blandt borgere med kronisk sygdom, der er dagligrygere. Informationskilden "andre" er også en væsentlig informationskilde, mens de øvrige informationskilder har begrænset betydning. Der er desuden en tendens til, at andelen, som har taget imod hjælp til adfærdsændring er større hvis tilbuddet er kommet fra egen læge sammenlignet med de øvrige informationskilder.

Tabel 10.5 Borgere med mindst én kronisk sygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og som inden for det seneste år har fået information om muligheden for hjælp eller taget imod hjælp til adfærdsændring



Resultaterne er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Referencer

- [1] Robinson KM, Vind AB, Jeppesen M, et al. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden: Koncern Plan Udvikling og Kvalitet, Evaluerings- og Analysemodelprojektet under Kronikerprogrammet; 2011.
- [2] Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden; 2014.
- [3] Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden; 2008.
- [4] Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreassen AH, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden; 2010.
- [5] Knudsen L. Demografiske problemstillinger. I: Knudsen L (red.). Introduktion til demografisk metode. Metodeserie for social og sundhedsvidenskaberne, bind 1. 2. udgave. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2007; s.13-24.
- [6] Kamper-Jørgensen F, Jensen BB. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2010; s.21-43.
- [7] Iversen L. Livsstil og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk sociologi - sociale faktorer betydning for befolkningens helbred. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2011; s.85-104.
- [8] Lund R. Sociale relationer og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk sociologi - sociale faktorer betydning for befolkningens helbred. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2011; s.63-84.
- [9] Kristensen TS. Arbejde og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk sociologi - sociale faktorer betydning for befolkningens helbred. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2011; s.105-32.
- [10] Diabetesforeningen. Diabetes i Danmark; citeret 12. december 2014. <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>
- [11] Hjerteforeningen. Sygdomme; citeret 9. december 2014. <http://www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/sygdomme/>
- [12] Region Hovedstaden. Forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme. København: Region Hovedstaden; 2011.
- [13] Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, et al. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Syddansk Universitet: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- [14] 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.
- [15] Danmarks Lungeforening. KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom; citeret 15. december 2014. <https://www.lunge.dk/kol>
- [16] Smidth M, Sokolowski I, Kaersvang L, et al. Developing an algorithm to identify people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) using administrative data. BMC Med Inform Decis Mak. 2012;12(38):1-7.
- [17] Danmarks Lungeforening. Astma; citeret 15. december 2014. <https://www.lunge.dk/astma>
- [18] Kræftens bekæmpelse. Fakta om kræft; citeret 16. december 2014. <http://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/>
- [19] eSundhed.dk. Dødsårsager; citeret 15. december 2014. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/DAR01.aspx>
- [20] Larsen MB, Jensen H, Hansen RP, et al. Identification of patients with incident cancers using administrative registry data. Dan Med J. 2014;61(2):A4777.
- [21] Gigtforeningen. Diagnoser; citeret 15. december 2014. <http://gigtforeningen.dk/viden+om+gigt/diagnoser/>
- [22] Christensen K, Bjørk C, Vinter-Larsen M, et al. Otte folkesygdomme - forekomst og udvikling. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
- [23] Nationalt Videnscenter for Demens. Faktaark: Hvad er demens?; citeret 15. december 2014. <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/til-patienter-og-paarørende/faktaark-kort-information-om-demens/demenssygdomme-faktaark/faktaark-hvad-er-demens>
- [24] Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med. 2005;3(3):223-8.
- [25] Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases - a systematic review on existing multimorbidity indices. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66(3):301-11.
- [26] Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity

- Inform Health System Design? Public Health Reviews. 2010;32(2):451-74.
- [27] Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, et al. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-63.
- [28] Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-9.
- [29] Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, et al. Hvordan har du det? 2013 - Sundhedsprofil for region og kommuner. Aarhus: CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.
- [30] Mercer SW, Smith SM, Wyke S, et al. Multimorbidity in primary care: Developing the research agenda. *Fam Pract*. 2009;26(2):79-80.
- [31] Danske Regioner. Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal; citeret 12. december 2014. <http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+%C3%B8konomi/kopi+af+fakta+om+sundheds+v%C3%A6senet>
- [32] Danmarks Statistik. Statistikbanken; citeret 9. december 2014. www.statistikbanken.dk
- [33] Danske Regioner. Finansiering fra kommunerne; citeret 12. december 2014. <http://www.regioner.dk/okonomi/udgifter+og+finansiering/finansiering/finansiering+fra+kommunerne>
- [34] Finansieringsudvalget. Analyse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Danmark: Økonomi og Indenrigsministeriet; 2013.
- [35] Stanton M, Rutherford M. The High Concentration of U.S. Health Care Expenditures. *Research in Action*. 2006;(19):1-11.
- [36] Produktion, Forskning og Innovation. Analyse af forudsætninger for øget patientkvalitet og ressourceeffektivitet gennem aktiv patientstøtte i Region Sjælland. Region Sjælland; 2014.
- [37] Thorpe KE, Florence CS, Joski P. Which Medical Conditions Account For The Rise In Health Care Spending? *Health Affairs*. 2004;(2004):w4.437-445.
- [38] Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*. 2008;5(1):0039-47.
- [39] McEwen BE, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health and disease. *Acad sci*. 2010;1186:190-1.
- [40] Fankhanel-Figueroa F. Measurement of Stress. *Psychiatr Clin Am*. 2014;37(4):455-87.
- [41] Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological Stress and Disease. *The Journal of the American Medical Association*. 2007;298(14):1685-7.
- [42] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96.
- [43] Ware JE., JE, 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):220-3.
- [44] Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- [45] Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen; 2014.
- [46] Brorson S, Gørlén T, Heebøll-Nielsen NC, et al. KOL i almen praksis - diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering. Danmark: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2008.
- [47] Bjerrum L, Gahrn-Hansen M, Hansen MP, et al. Luftvejsinfektioner - diagnose og behandling. Danmark: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2014.
- [48] Sørensen TB. Patientvejledning: KOL - rygerlunger; citeret 14. december 2014. <http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/lungesygdomme/kol/>
- [49] Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- [50] Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- [51] Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Part 1. Summary, principles and use. Copenhagen, Denmark: Nordic Council of Ministers; 2013.
- [52] Olsen TS. Patientvejledning: Apopleksi; citeret 14. december 2014. <http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/neurologi/apopleksi/>
- [53] Epinion for Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner. København: Epinion for Sundhedsstyrelsen; 2011.
- [54] Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS, et al. Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard; 2011.
- [55] Bonke J, Greve J, Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere. Danmark: Rockwool Fonden; 2010.
- [56] Müller P, Eich M, Heitmann BL, et al. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Danmark: Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.
- [57] Toubro S. Patientvejledning: Overvægt; citeret 14. december 2014. <http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/endokrinologi/overvaegt/>
- [58] Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response - Summary. Copenhagen, Denmark: World Health Organization - Regional Office for Europe; 2007.
- [59] Drivsholm T, Hansen C, Kristensen JK, et al. Type 2 diabetes - et metabolisk syndrom. Danmark: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2012.
- [60] Christensen B, Færgemann O, Heebøll-Nielsen NC, et al. Klinisk vejledning. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. Danmark: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2007.
- [61] Roessler KK, Ibsen B, Saltin B, et al. Fysisk aktivitet som behandling. Motion og kost på recept i Københavns Kommune. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2007.
- [62] Jørgensen T. Sundhedsadfærd og forebyggelsesmodeller. I: Sørensen LV (red.). Sundhedsfremme og forebyggelse. Gads Forlag, 2009; s.40-57.



**Region
Hovedstaden**

**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**



**Region Hovedstaden
Center for Sundhed**

Forskningscenter for Forebyggelse
og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup

Telefon: 3863 3260
www.fcfs.dk