

Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Sundhedsprofil

for Region Hovedstaden og kommuner 2017
– Kronisk sygdom (sammenfatning)



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

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

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

Forsidebillede: Mads Jensen/Ritzau Scanpix

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

Layout og grafisk produktion: Mercoprint A/S

Publikationen citeres således:

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

Forord

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

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

Det er en stor belastning at leve med en eller flere kroniske sygdomme. Mange mennesker med kronisk sygdom og især dem

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

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

Rigtig god fornøjelse.



Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand

Baggrund og metode

Rapporten "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk sygdom" har fokus på borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Dette er en sammenfatning af de mange resultater, som er præsenteret i denne rapport.

I sammenfatningen beskrives forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme, herunder nye sygdomstilfælde, og udviklingen siden 2007. Herefter beskrives fysisk og mentalt helbred, sundhedsadfærd og risikofaktorer for forværring af sygdom, kontakter til sundhedsvæsenet og udgifter forbundet hermed. Afslutningsvist beskrives den sociale ulighed i forekomsten af kronisk sygdom.

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

Registerudtrækkene er baseret på de senest tilgængelige oplysninger. For sygdomme baseret på registerdata vises forekomsten af kronisk sygdom for 2007, 2010, 2013 og 2017 og nye sygdomstilfælde vises for årene 2007, 2010, 2013 og 2016. For sygdomme baseret på spørgeskemadata vises forekomsten for 2010, 2013 og 2017. Resultater for fysisk og mentalt helbred, og sundhedsadfærd og risikofaktorer vises for 2010, 2013 og 2017. Resultater for kontakter til sundhedsvæsenet vises for 2007, 2010, 2013, 2015, og resultater for behandlingsudgifter for 2015. Kontakter til sundhedsvæsenet og behandlingsudgifter vises kun for de registerbaserede sygdomme. Årsagen til, at data fra 2016 ikke anvendes, hverken i forekomst af kronisk sygdom samt kontakter og behandlingsudgifter, skyldes implementeringen af Sundhedsplatformen i 2016 i Region Hovedstaden, hvilket har påvirket registreringspraksis og dermed de indberettede data til de centrale registre.

En detaljeret gennemgang af sundhedsprofilens materiale og metoder kan findes i kapitel 2 i "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk sygdom".

Forekomst af kroniske sygdomme

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

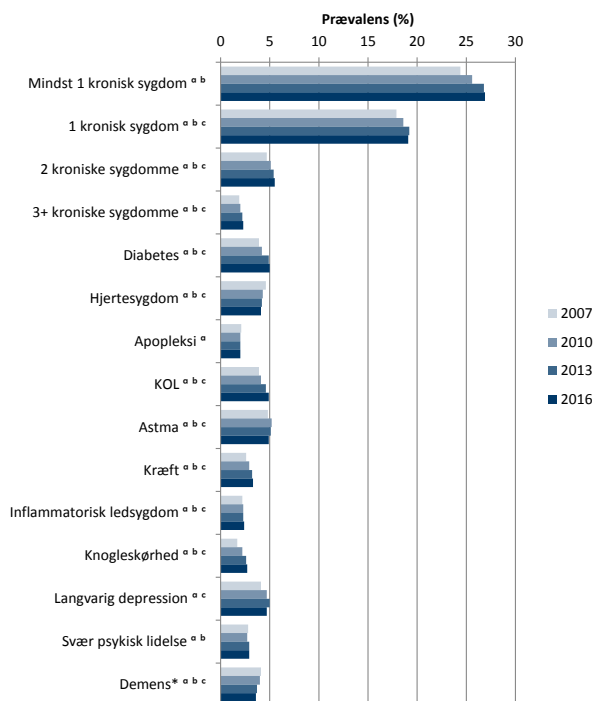
Fra 2007 til 2016 er forekomsten af mindst én kronisk sygdom steget fra 24,4 % til 26,9 % (Figur 1a). I samme periode er forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme steget fra 1,9 % til 2,3 %. Den største stigning i forekomsten af kronisk sygdom ses

for diabetes, og blandt de sygdomme, hvor forekomsten omvendt er faldet, ses de største fald for demens og hjertesygdom.

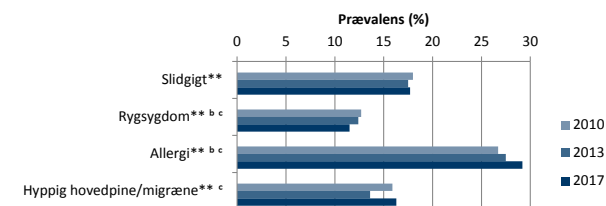
For sygdomme baseret på spørgeskemadata i 2017 ses den højeste forekomst for allergi og den laveste forekomst for rygsygdom (Figur 1b). Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af allergi og et fald i forekomsten af rygsygdom.

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

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



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



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

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

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

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

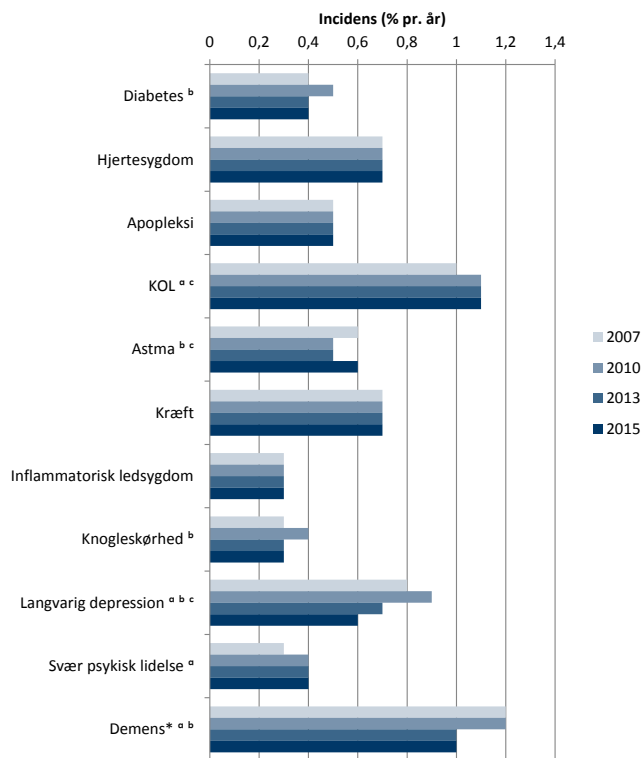
Nye tilfælde af kronisk sygdom

I løbet af 2015 har 1,1 % af borgerne i Region Hovedstaden, svarende til 15.300 personer, fået konstateret KOL, mens kun 0,3 %, svarende til cirka 4.500 personer, har fået konstateret knogleskørhed eller inflammatorisk ledsygdom (Figur 2).

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

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

Figur 2 Nye tilfælde af kronisk sygdom i Region Hovedstaden i løbet af 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

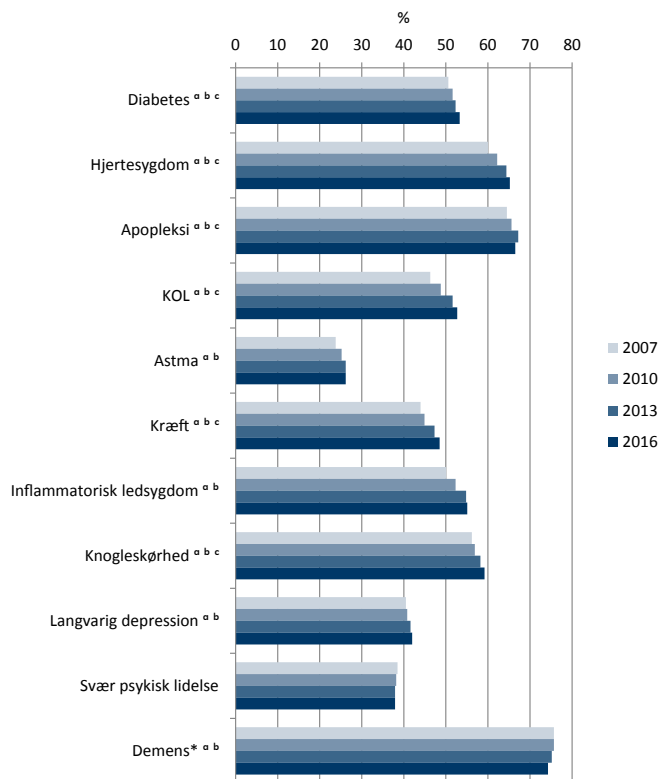
Forekomst af andre samtidige kroniske sygdomme

Borgere med kronisk sygdom har ofte flere samtidige kroniske sygdomme. Således ses det i 2016, at mere end halvdelen af borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed eller demens også har én eller flere andre kroniske sygdomme, hvoraf den største forekomst ses blandt borgere med demens (Figur 3).

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

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

Figur 3 Forekomst af andre samtidige kroniske sygdomme blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden 1. januar 2007, 2010, 2013 og 2016



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2016

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

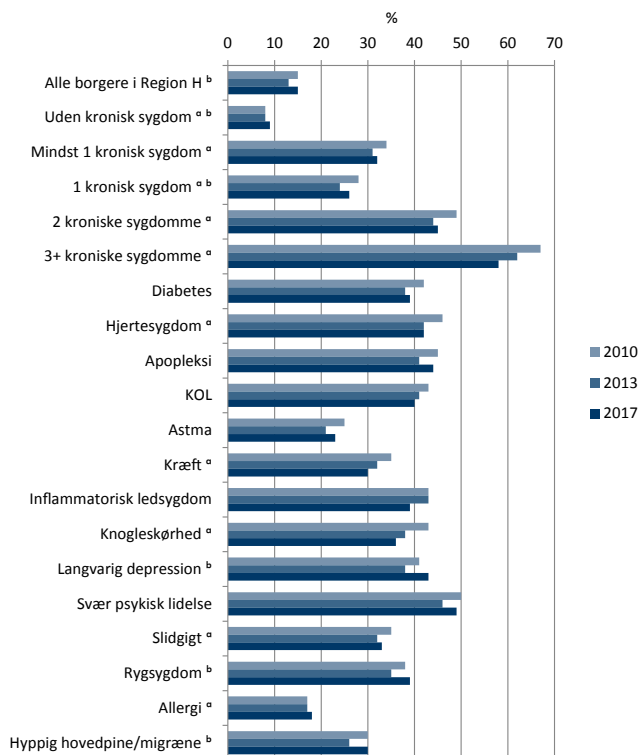
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 32 %, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, hvilket er en cirka dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 4). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten fire gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt borgere med svær psykisk lidelse, apopleksi og langvarig depression, mens de laveste forekomster ses blandt

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

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

Figur 4 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

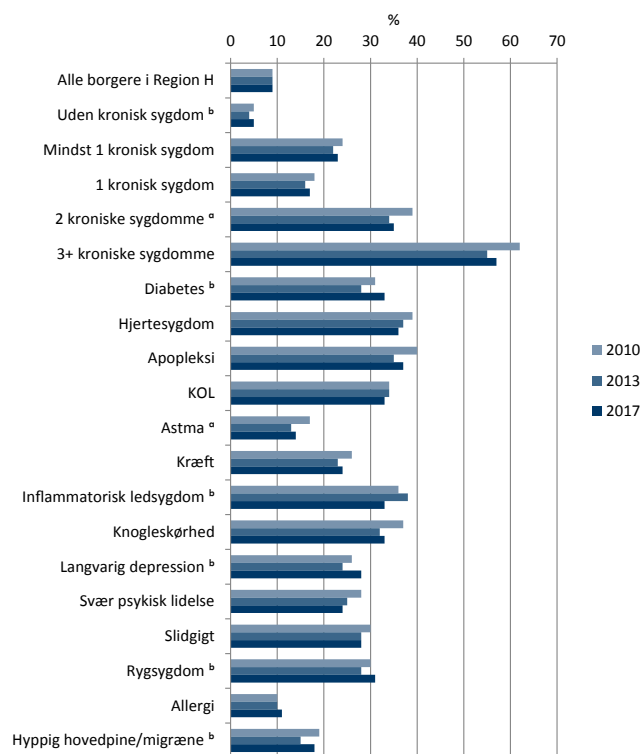
Dårligt fysisk helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 23 %, som har dårligt fysisk helbred, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 5). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten mere end seks gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af dårligt fysisk helbred blandt borgere med apopleksi, hjertesygdom, knogleskørhed, inflammatorisk ledsygdom, KOL

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

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

Figur 5 Dårligt fysisk helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

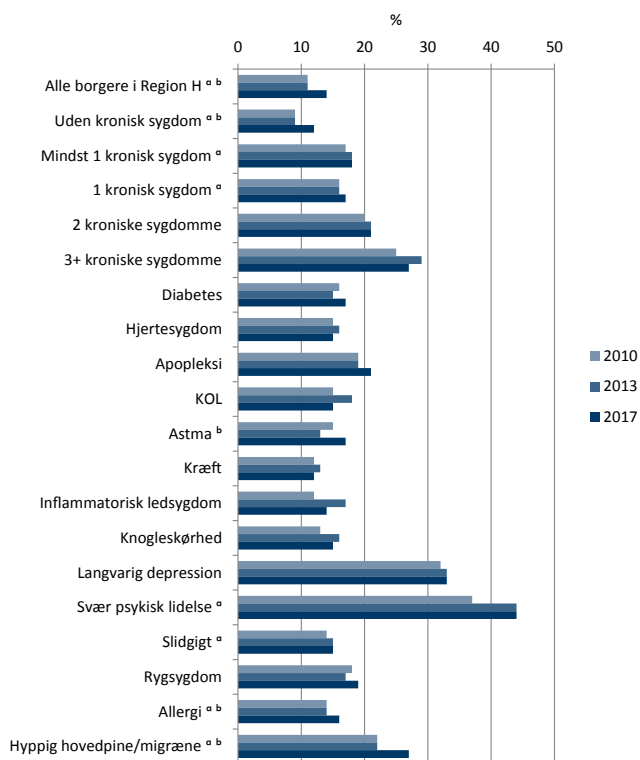
Dårligt mentalt helbred

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 18 %, som har dårligt mentalt helbred, hvorimod forekomsten er 14 % blandt alle borgere i regionen (Figur 6). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor som blandt alle borgere i regionen, hvilket også gælder blandt borgere med hyppig hovedpine eller migræne. Blandt borgere med langvarig depression eller svær psykisk lidelse er forekomsten mere end dobbelt så stor. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af dårligt mentalt helbred blandt de nævnte sygdomme. De laveste forekomster ses blandt borgere

med kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, slidgigt, KOL eller hjertesygdom.

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

Figur 6 Dårligt mentalt helbred i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

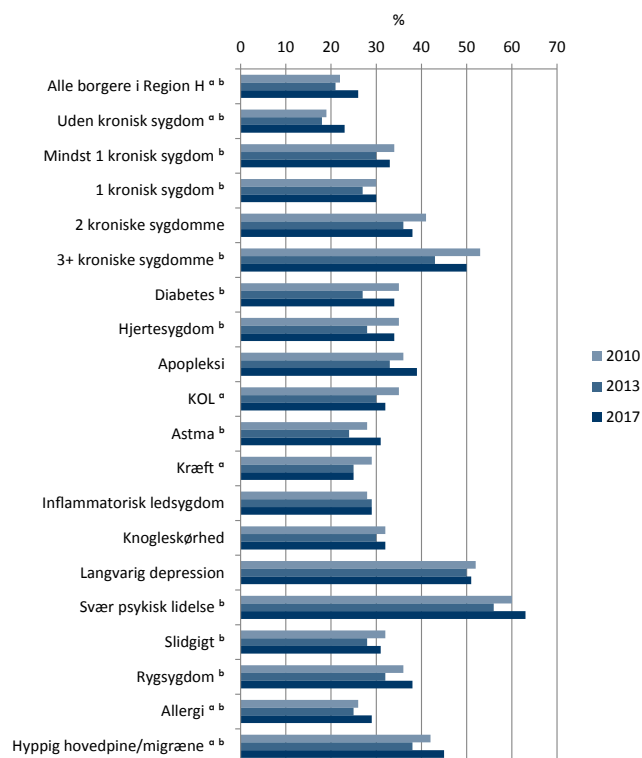
Højt stressniveau

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 33 %, som har højt stressniveau, hvorimod forekomsten er 26 % blandt alle borgere i regionen (Figur 7). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er to til tre gange så stor blandt borgere med langvarig depression eller svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af højt stressniveau blandt de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med hyppig hovedpine

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

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

Figur 7 Højt stressniveau i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

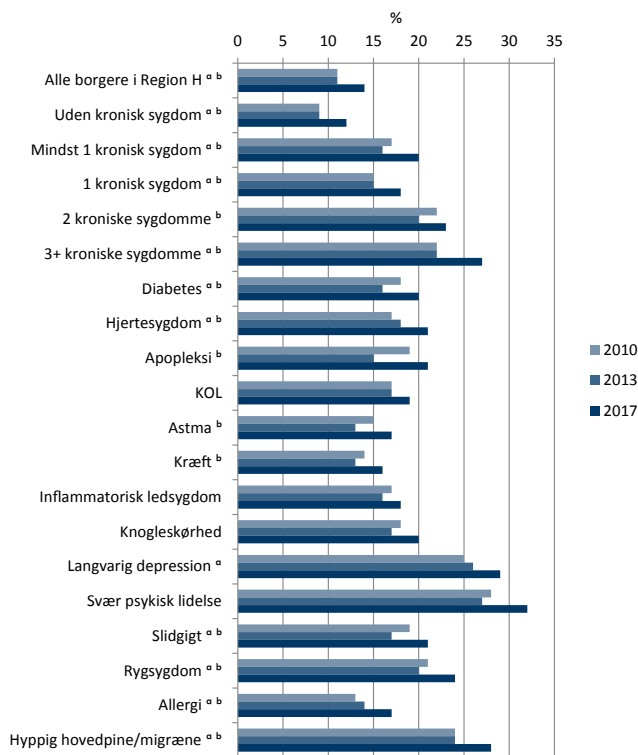
Søvnbesvær og/eller søvnproblemer

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 20 %, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, hvorimod forekomsten er 14 % blandt alle borgere i regionen (Figur 8). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er to til tre gange så stor blandt borgere med langvarig depression, svær psykisk lidelse eller hyppig hovedpine eller migræne. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af søvnbesvær og/

eller søvnproblemer blandt de nævnte sygdomme. De laveste forekomster ses blandt borgere med kræft, allergi eller astma.

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

Figur 8 Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

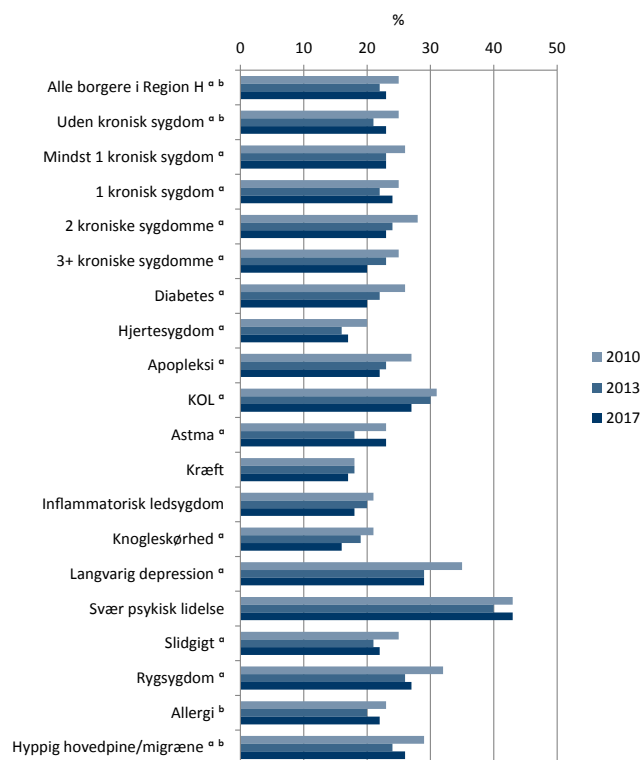
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

Rygning

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 23 % rygere (dagligrygere eller lejlighedsvis rygere), hvilket er lig forekomsten af rygning blandt alle borgere i regionen (Figur 9). I modsætning hertil er forekomsten af rygning blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme 20 % og er således lavere sammenlignet med alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af rygning blandt borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression, KOL eller ryggsygdom, mens de laveste forekomster ses blandt borgere med knogleskørhed, kræft eller hjertesygdom.

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

Figur 9 Rygning i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

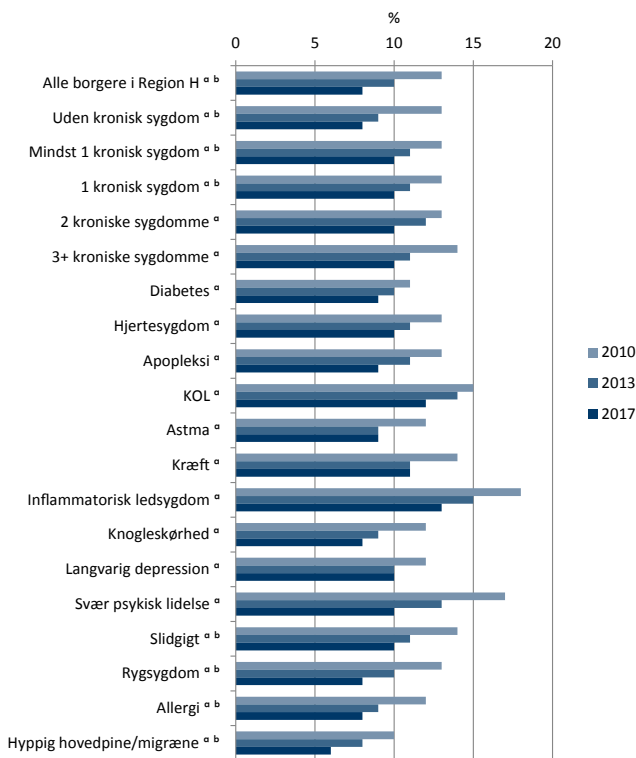
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

Storforbrug af alkohol

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

Fra 2010 til 2017 ses et statistisk signifikant fald i forekomsten af storforbrug af alkohol i alle sygdomsgrupper, foreneligt med faldet blandt alle borgere i regionen. Det største fald ses blandt borgere med svær psykisk lidelse, ryggsygdom eller inflammatorisk ledsygdom. For ingen af sygdomsgrupperne ses en stigning i forekomsten af storforbrug af alkohol.

Figur 10 Storforbrug af alkohol i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

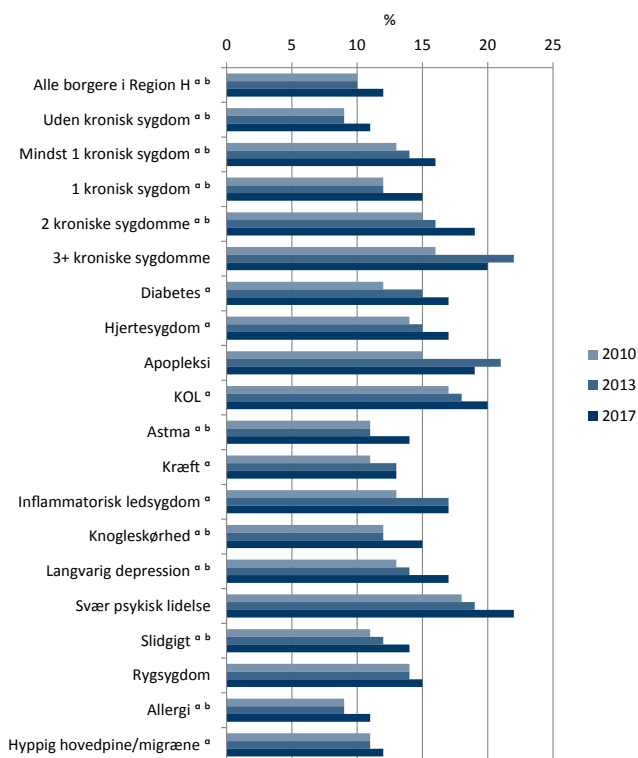
Usundt kostmønster

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 16 %, som har et usundt kostmønster, hvorimod forekomsten er 12 % blandt alle borgere i regionen (Figur 11). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten næsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, hvilket også gælder for borgere med KOL og svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af usundt kostmønster blandt de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med apopleksi. De laveste forekomster ses derimod

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

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

Figur 11 Usundt kostmønster i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

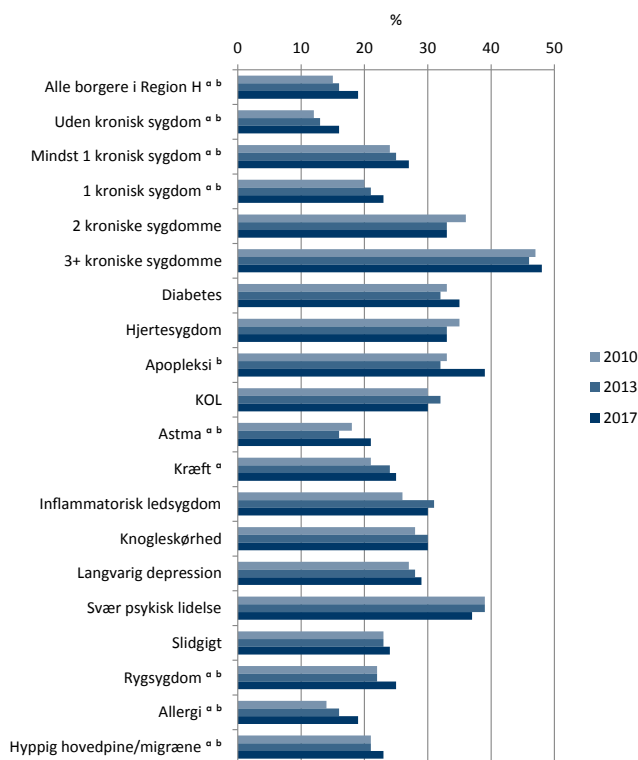
Lav fysisk aktivitet

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 27 %, som har et lavt fysisk aktivitetsniveau, dvs. som primært har stillesiddende aktiviteter i fritiden. Forekomsten er 19 % blandt alle borgere i regionen (Figur 12). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten mere end dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af lav fysisk aktivitet blandt borgere med apopleksi, svær psykisk lidelse eller diabetes,

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

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

Figur 12 Lav fysisk aktivitet i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

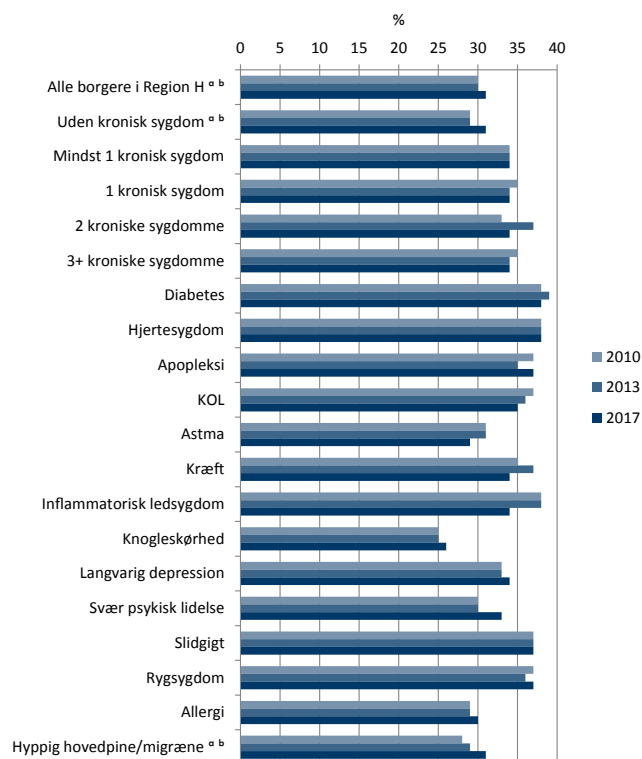
Moderat overvægt

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 34 %, som er moderat overvægtige (Figur 13). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten af moderat overvægt ligeledes 34 %. Til sammenligning er denne forekomst 31 % blandt alle regionens borgere. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af moderat overvægt blandt borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi, slidgigt eller ryggsygdom, mens

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

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

Figur 13 Moderat overvægt i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

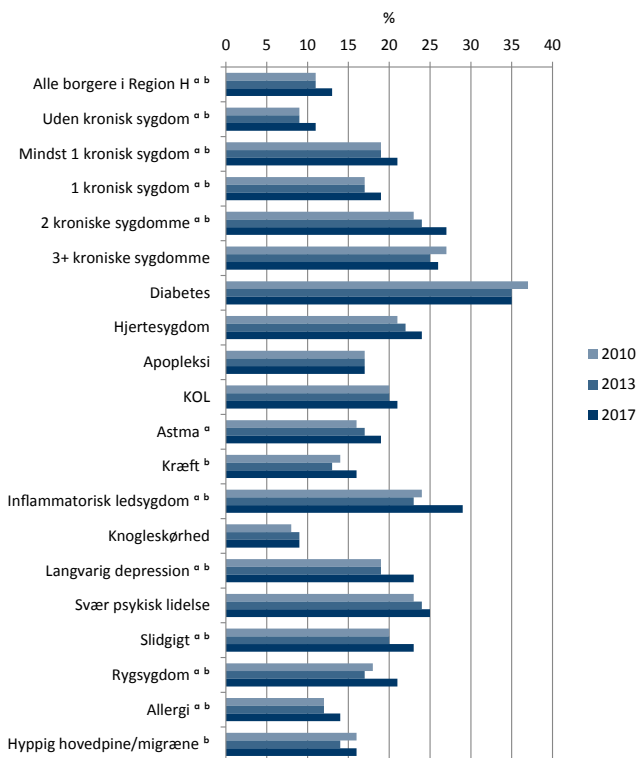
Svær overvægt

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 21 %, som er svært overvægtige, hvorimod forekomsten af svær overvægt er 13 % blandt alle borgere i regionen (Figur 14). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten dobbelt så stor sammenlignet med alle borgere i regionen, mens forekomsten er mere end dobbelt så stor blandt borgere med diabetes eller inflammatorisk ledsygdom. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster blandt de nævnte sygdomme og herudover blandt borgere med svær psykisk lidelse.

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

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

Figur 14 Svær overvægt i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

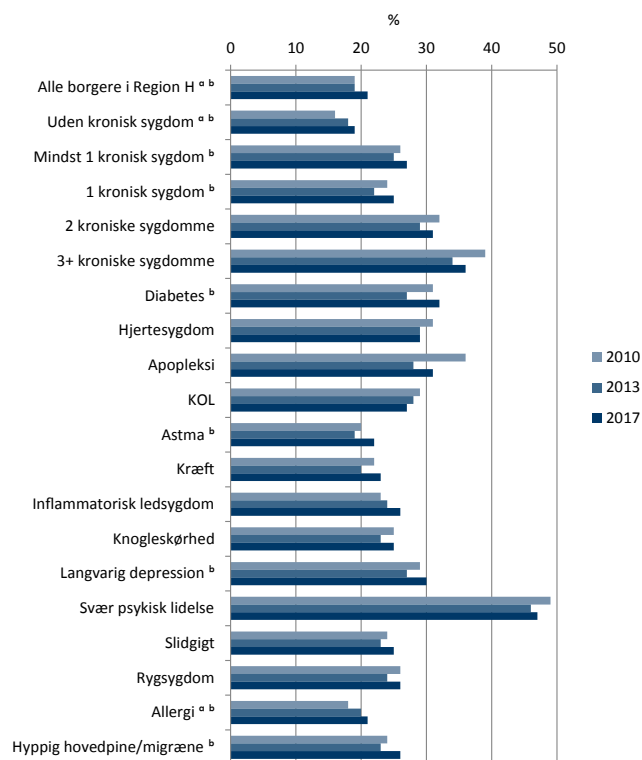
Svage sociale relationer

I 2017 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 27 %, som har svage sociale relationer, hvorimod forekomsten af svage sociale relationer er 21 % blandt alle borgere i regionen (Figur 15). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er forekomsten cirka en halv gang større sammenlignet med alle borgere i regionen, og blandt borgere med svær psykisk lidelse er forekomsten mere end dobbelt så stor. For de enkelte sygdomme ses de højeste forekomster af svage sociale relationer også blandt borgere med svær psykisk lidelse og herudover blandt borgere

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

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

Figur 15 Svage sociale relationer i Region Hovedstaden i 2010, 2013 og 2017



^a 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

^b 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

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

Kontakter til almen praksis

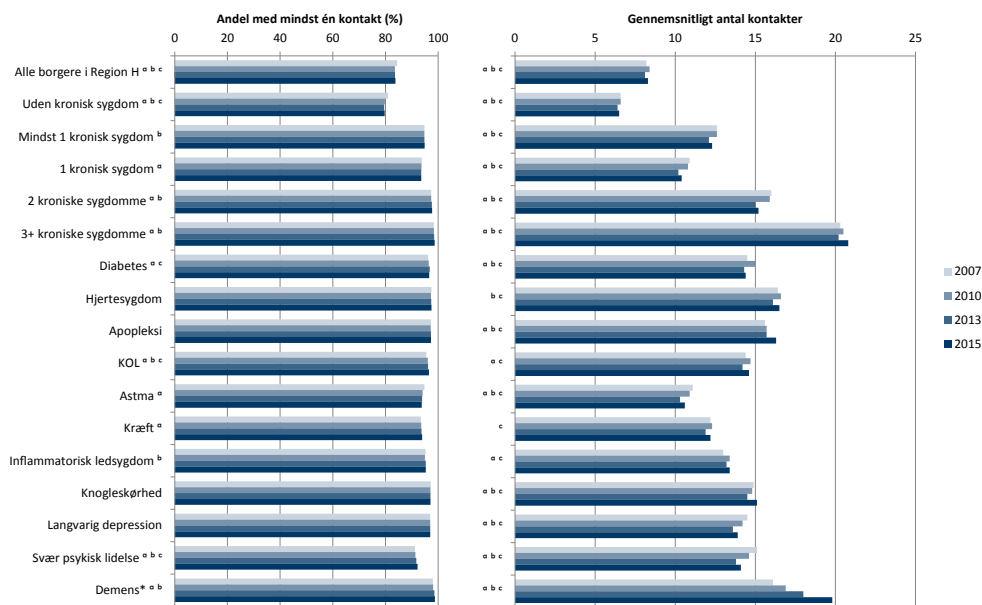
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 94 %, der har kontakt til almen praksis (Figur 16a). Til sammenligning har hhv. 84 % af alle borgere i regionen og 99 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme kontakt til almen praksis i løbet af 2015. For de enkelte sygdomme ses de største andele med kontakt til almen praksis blandt borgere med demens, hjertesygdom eller apopleksi, men den mindste andel ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

I 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én kontakt til almen praksis i gennemsnit 12 kontakter til almen praksis, hvorimod det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt alle borgere i regionen er 8 (Figur 16b). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis mere end

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

Fra 2007 til 2015 ses en statistisk signifikant ændring i både andelen og det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis for flere af sygdomsgrupperne. Den største stigning i andelen med kontakt til almen praksis ses blandt borgere med KOL eller svær psykisk lidelse, mens det største fald ses blandt borgere uden kronisk sygdom eller med astma (Figur 16a). Den største stigning i det gennemsnitlige antal kontakter ses blandt borgere med demens, mens det største fald ses blandt borgere med to kroniske sygdomme (Figur 16b).

Figur 16a og 16b Borgere med mindst én kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

Kontakter til speciallægepraksis

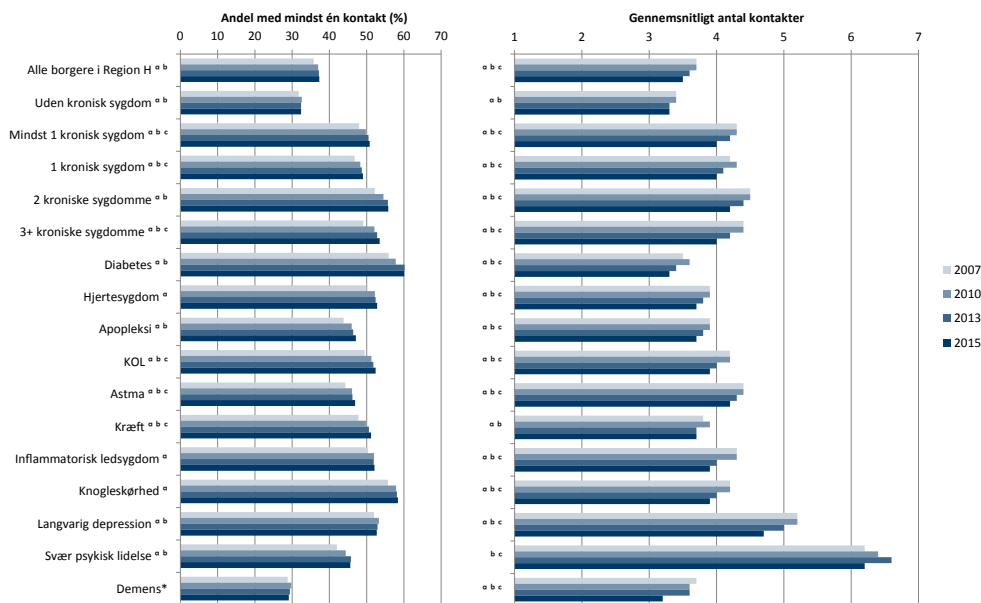
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 51 %, der har mindst én kontakt til speciallægepraksis (Figur 17a). Til sammenligning har hhv. 37 % af alle borgere i regionen og 53,5 % af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme kontakt til speciallægepraksis i løbet af 2015. For de enkelte sygdomme ses en stor andel med kontakt til speciallægepraksis i 2015 blandt borgere med diabetes, knogleskørhed eller hjertesygdom, mens den mindste andel ses for demens.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én kontakt til speciallægepraksis i gennemsnit 4 kontakter hertil (Figur 17b). Dette gør sig også gældende for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal kontakter til speciallægepraksis 3,5 blandt

alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme har borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression eller astma i gennemsnit flest kontakter til speciallægepraksis, mens borgere med demens og diabetes i gennemsnit har færrest kontakter til speciallægepraksis.

Fra 2007 til 2015 er andelen med kontakt til speciallægepraksis steget for alle sygdomsgrupper (Figur 17a). Den største stigning ses blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Omvendt er det gennemsnitlige antal kontakter faldet for alle grupper, fraset svær psykisk lidelse, hvor det er uændret. Det største fald er sket blandt borgere med demens eller langvarig depression (Figur 17b).

Figur 17a og 17b Borgere med mindst én kontakt til speciallægepraksis. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

Planlagte somatiske ambulante besøg

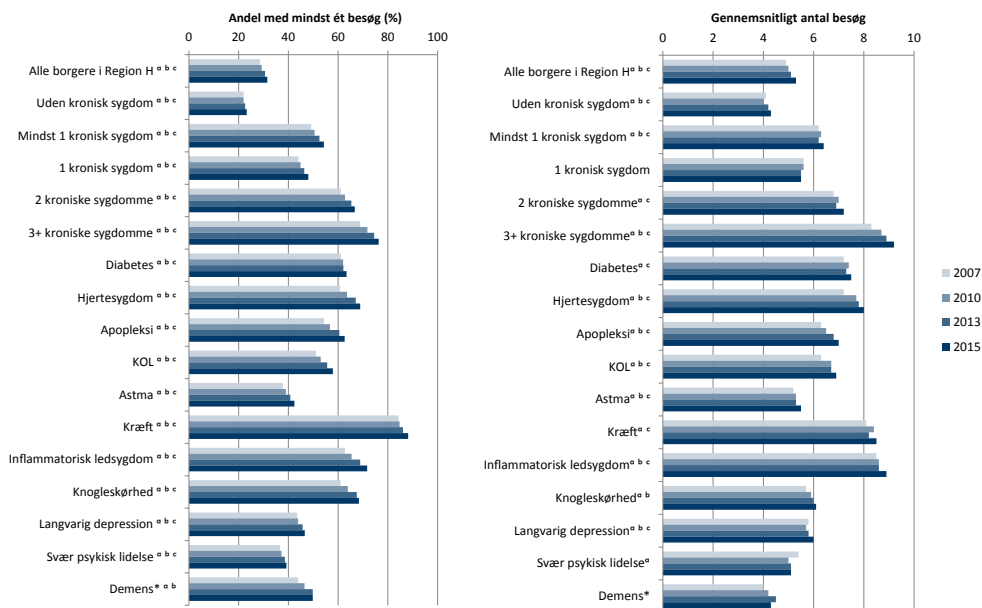
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 54 %, som har mindst ét planlagt somatisk ambulant besøg, hvilket er næsten en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 18a). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen mere end dobbelt så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst ét planlagt somatisk ambulant besøg i løbet af 2015 blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med svær psykisk lidelse, astma eller langvarig depression.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst ét planlagt somatisk ambulant besøg i gennemsnit 6,4 besøg (Figur 18b). Til sammenligning er det gennemsnitlige

antal besøg 5,3 blandt alle borgere i regionen, og 9,2 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. For de enkelte sygdomme har borgere med inflammatorisk ledsygdom, kræft eller hjertesygdom i gennemsnit flest planlagte somatiske ambulante besøg, mens borgere med demens, svær psykisk lidelse eller astma i gennemsnit har færrest besøg.

Fra 2007 til 2015 er andelen af borgere med mindst ét planlagt somatisk ambulant besøg steget i alle sygdomsgrupper (Figur 18a). Den største stigning ses blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, apopleksi eller hjertesygdom. Ligeledes ses stigninger i det gennemsnitlige antal planlagte somatiske ambulante besøg i de fleste grupper (Figur 18b). Her ses den største stigning også blandt borgere med hjertesygdom eller apopleksi og derudover blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Figur 18a og 18b Borgere med mindst ét planlagt somatisk ambulant besøg. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

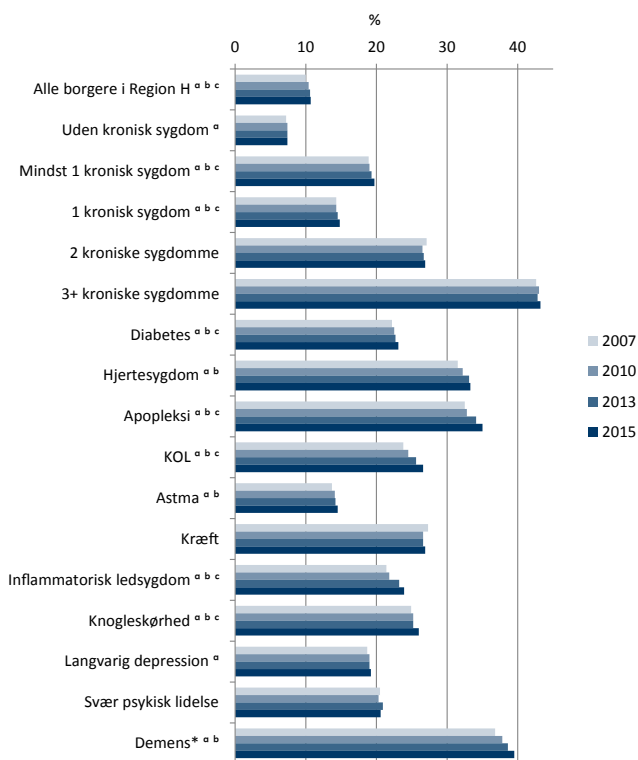
Akutte somatiske indlæggelser

I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 20 %, som har mindst én akut somatisk indlæggelse, hvilket er en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 19). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen fire gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én akut indlæggelse i løbet af 2015 blandt borgere med demens, apopleksi eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med astma, langvarig depression eller svær psykisk lidelse.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én akut indlæggelse i gennemsnit 1,8 akutte indlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal akutte indlæggelser 1,6 blandt alle borgere i regionen og 2,2 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

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

Figur 19 Andel af borgere med mindst én akut somatisk indlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

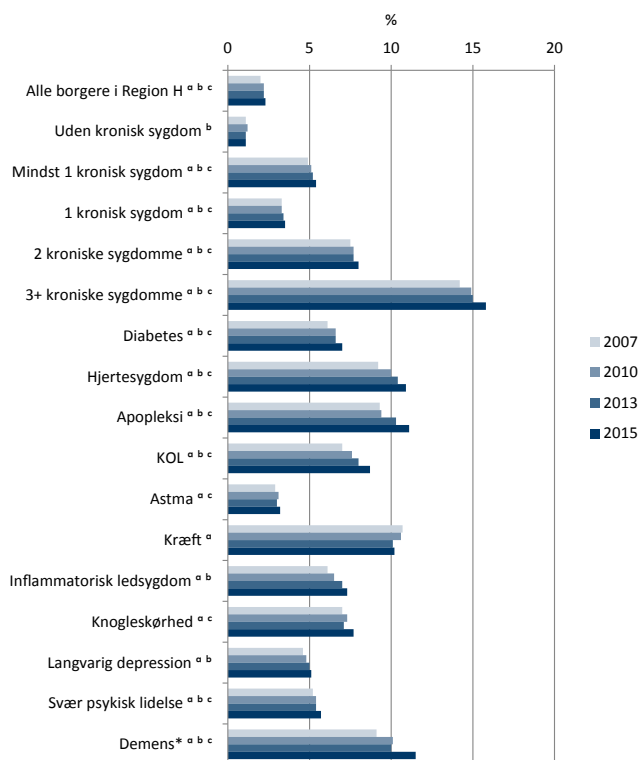
Somatiske genindlæggelser

I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 5,4 %, som har mindst én somatisk genindlæggelse, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 20). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen mere end seks gange så stor som blandt alle borgere i regionen. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én genindlæggelse i løbet af 2015 blandt borgere med demens, apopleksi eller hjertesygdom, mens de mindste andele ses blandt borgere med astma, langvarig depression eller svær psykisk lidelse.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én genindlæggelse i gennemsnit 1,9 genindlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal genindlæggelser 1,7 blandt alle borgere i regionen og 2,1 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

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

Figur 20 Andel af borgere med mindst én somatisk genindlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

Planlagte psykiatriske ambulante besøg

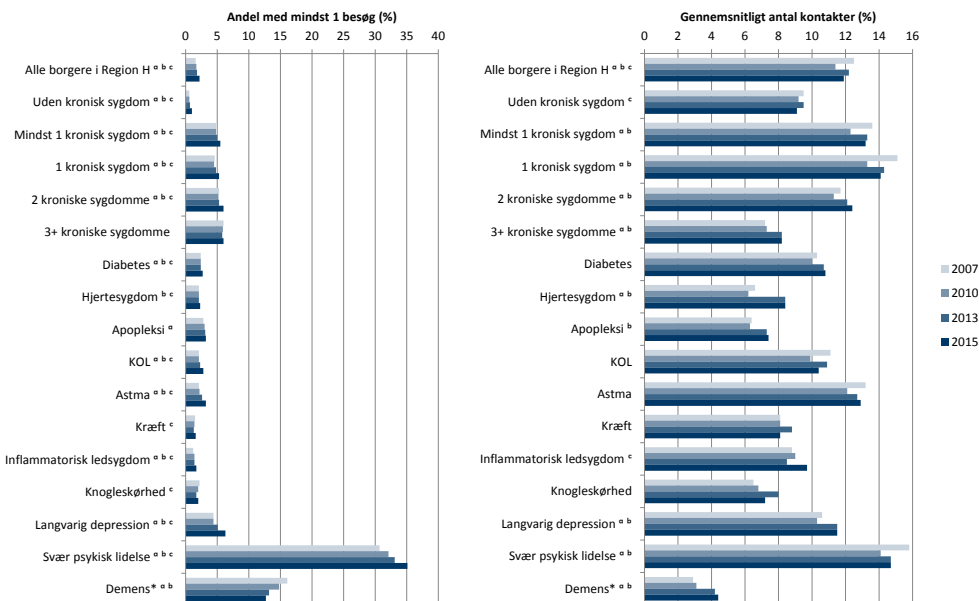
I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 6 %, som har mindst ét planlagt psykiatrisk ambulant besøg, hvilket er mere end en dobbelt så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 21a). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen ligeledes 6 %. I modsætning hertil er andelen med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulant besøg 35 % blandt borgere med svær psykisk lidelse, 13 % blandt borgere med demens og 6 % blandt borgere med langvarig depression. De mindste andele ses blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller knogleskørhed.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst ét planlagt psykiatrisk ambulant besøg i gennemsnit 13 besøg (Figur 21b). Til sammenligning er det gennemsnitlige

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

Fra 2007 til 2015 ses statistisk signifikante stigninger i stort set alle sygdomsgrupper (Figur 21a). De største stigninger ses for borgere med svær psykisk lidelse, langvarig depression eller astma. I modsætning hertil er der både sket stigninger og fald i det gennemsnitlige antal besøg blandt borgere med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulant besøg (Figur 21b). De største stigninger ses blandt borgere med hjertesygdom eller demens, og det største fald ses blandt borgere med svær psykisk lidelse.

Figur 21a og 21b Borgere med mindst ét planlagt psykiatrisk ambulant besøg. Andel og gennemsnitligt antal kontakter per person i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

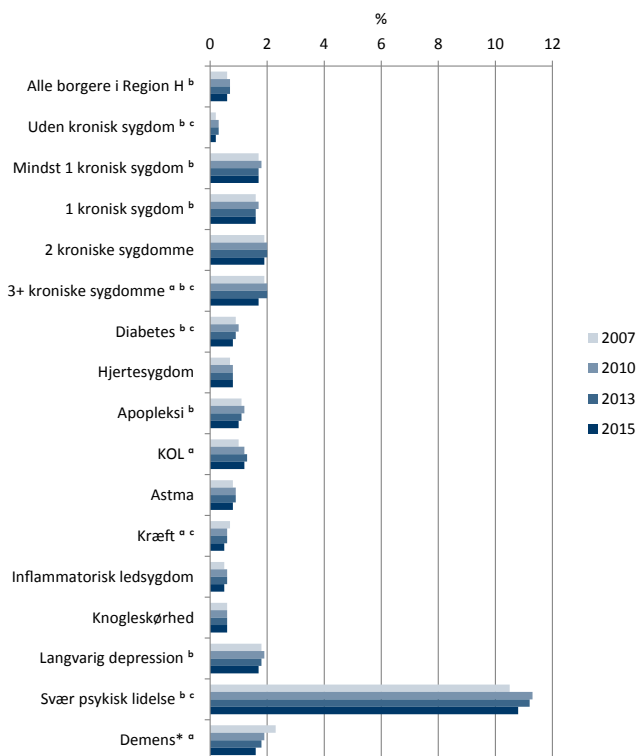
Psykiatriske indlæggelser

I løbet af 2015 er der blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 1,7 %, som har mindst én psykiatrisk indlæggelse, hvilket er en næsten tre gange så stor andel sammenlignet med alle borgere i regionen (Figur 22). Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er andelen ligeledes 1,7 %, mens den er 10,8 % blandt borgere med svær psykisk lidelse. For de enkelte sygdomme ses de største andele med mindst én psykiatrisk indlæggelse i løbet af 2015 også blandt borgere med svær psykisk lidelse og herudover blandt borgere med langvarig depression eller demens. De mindste andele ses blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom eller knogleskørhed.

I løbet af 2015 har borgere med mindst én kronisk sygdom og mindst én psykiatrisk indlæggelse i gennemsnit 2 psykiatriske indlæggelser. Til sammenligning er det gennemsnitlige antal psykiatriske indlæggelser 1,8 blandt alle borgere i regionen, 1,9 blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme og 2,2 blandt borgere med svær psykisk lidelse.

Fra 2007 til 2015 ses statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med mindst én årlig psykiatrisk indlæggelse i enkelte sygdomsgrupper (Figur 22). Der ses en stigning blandt borgere med KOL, og fald blandt borgere med demens, kræft eller tre eller flere kroniske sygdomme.

Figur 22 Andel af borgere med mindst én psykiatrisk indlæggelse i 2007, 2010, 2013 og 2015



^a 2007 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^b 2010 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

^c 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2015

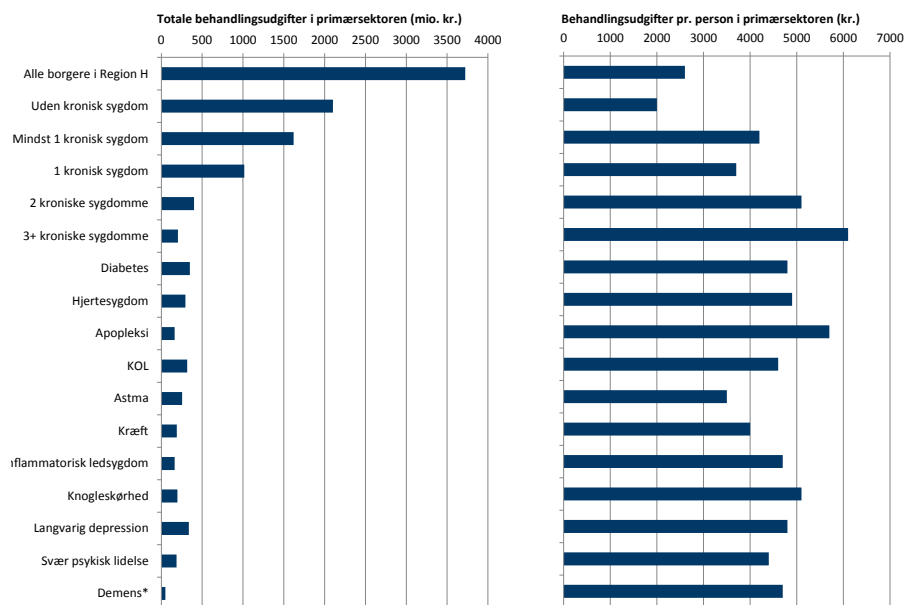
*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover
Sygdomme baseret på oplysninger fra spørgeskema er ikke inkluderet i definitionen af mindst 1 kronisk sygdom, 1 kronisk sygdom, 2 kroniske sygdomme og 3+ kroniske sygdomme

Behandlingsudgifter – primærsektor

I 2015 er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren 3.700 mio. kr. for alle borgere i regionen (Figur 23a). Heraf er behandlingsudgiften 2.100 mio. kr. (57 %) for borgere uden kronisk sygdom og 1.600 mio. kr. (43 %) for borgere med mindst én kronisk sygdom. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren 200 mio. kr. For de enkelte sygdomme er de totale behandlingsudgifter i primærsektoren størst for borgere med diabetes, langvarig depression eller KOL, hvor vi også ser de største sygdomsforekomster, og mindst for borgere med apopleksi, inflammatorisk ledsygdom eller demens.

I 2015 er de gennemsnitlige behandlingsudgifter for borgere med mindst én kronisk sygdom 4.200 kr. pr. person (Figur 23b). Til sammenligning er dette beløb 2.600 kr. pr. person for alle borgere i regionen. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i primærsektoren 6.100 kr. pr. person. For de enkelte sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i primærsektoren størst blandt borgere med apopleksi, knogleskørhed eller hjertesygdom og mindst for borgere med astma, kræft og svær psykisk lidelse.

Figur 23a og 23b Behandlingsudgifter til kronisk sygdom i Region Hovedstaden i 2015 – primærsektor



*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

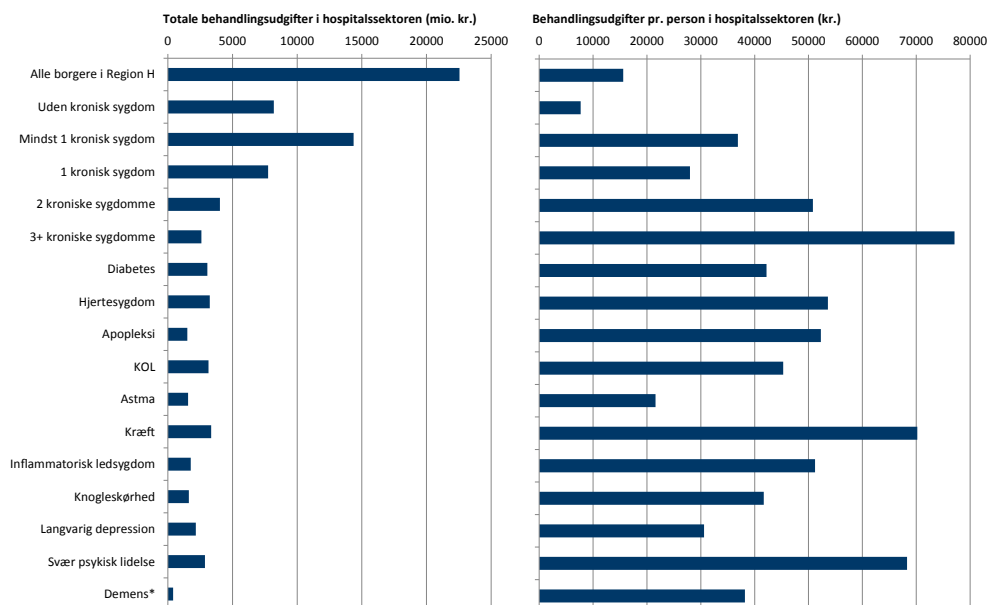
Behandlingsudgifter – hospitalssektor (somatik og psykiatri)

I 2015 er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren 22.600 mio. kr. for alle borgere i regionen (Figur 24a). Heraf er behandlingsudgiften 8.200 mio. kr. (36 %) for borgere uden kronisk sygdom og 14.400 mio. kr. (64 %) for borgere med mindst én kronisk sygdom. For borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren 2.600 mio. kr. For de enkelte sygdomme er de totale behandlingsudgifter i hospitalssektoren størst for borgere med kræft, hjertesygdom eller KOL. Dette stemmer overens med, at en stor andel af borgere med kræft eller hjertesygdom har kontakt til sundhedsvæsenet, og har mange kontakter hertil, samt at KOL, er én af de kroniske sygdomme med størst forekomst. De totale

behandlingsudgifter er mindst for borgere med demens, apopleksi og astma.

I 2015 er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren blandt borgere med mindst én kronisk sygdom 36.900 kr. pr. person (Figur 24b). Til sammenligning er dette beløb 15.600 kr. pr. person for alle borgere i regionen. Blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren 77.100 kr. pr. person. For de enkelte sygdomme er de gennemsnitlige behandlingsudgifter i hospitalssektoren størst for borgere med kræft, svær psykisk lidelse eller hjertesygdom og mindst for borgere med astma, langvarig depression eller demens.

Figur 24a og 24b Behandlingsudgifter til kronisk sygdom i Region Hovedstaden i 2015 – hospitalssektor (somatik og psykiatri)



*Demens opgøres kun for borgere på 65 år eller derover

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

Social ulighed i forekomst af kronisk sygdom

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

Ved omvendt social ulighed er forekomsten højere blandt borgere med lang videregående uddannelse i forhold til borgere med grundskoleuddannelse.

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

Tabel 1 Oversigt over social ulighed i forekomst af kronisk sygdom i 2016 og udviklingen 2007-2016

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

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

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

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

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

≠ OR for grundskoleuddannelse er forskellig for mænd og kvinder

Opsamling

I denne opsamling fremhæves væsentlige resultater fra rapporten. Nogle af tallene er belyst i denne sammenfatning, mens andre kan findes i de enkelte kapitler i rapporten.

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

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

Der er overordnet sket et fald i forekomsten af rygning og i forekomsten af storforbrug af alkohol fra 2010 til 2017 – både blandt borgere i regionen som helhed – men også blandt borgere med kroniske sygdomme. Derimod er der sket en stigning i forekomsten af lav fysisk aktivitet og usundt kostmønster i flere af sygdomsgrupperne, ligesom der også er sket en stigning i svær

overvægt. Om denne ændring i risikofaktorer har påvirket den stigende forekomst af kronisk sygdom, kan ikke konkluderes.

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

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

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

”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” omfatter følgende fire publikationer



Alle publikationer kan findes på centrets hjemmeside

På hjemmesiden er det desuden muligt at finde ekstra materiale, så som udvalgte tabeller, spørgeskemaet ”Hvordan har du det? 2017”, og sundhedsprofiler og sammenfatninger fra tidligere år



**Region
Hovedstaden**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

**Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse**
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 36 16 31 00