



Sundhedsprofil 2025

for Region Hovedstaden og kommuner

Kronisk sygdom

Titel: Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom

Copyright: © 2026 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden.
Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden.
ISBN 978-87-93775-40-4

Forfattere: Marie Holm Eliassen
Ida Strøyer Hendriksen¹
Julie Flyger Holflod¹
Cecilie Goltermann Toxværd¹
Marie Stjerne Grønkjær¹
Peter Juul Elsborg¹
Julie Hedensted
Ditte Sæbye
Gert Mehl Virenfeldt
Sean Jonas Valdemar Marker
Malene Rohde Hannibal Schubart
Anne Helms Andreasen¹

Note: Forfatterrækkefølgen er fastsat ved lodtrækning inden for gruppen markeret med tal

Forsidebillede: Mads Jensen/Ritzau Scanpix

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00

Publikationen citeres således:

Eliassen MH; Hendriksen IS; Holflod JF; Toxværd CG; Grønkjær MS; Elsborg PJ; Hedensted J; Sæbye D; Virenfeldt GM; Marker SJV; Schubart MRH; Andreasen AH: Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom; Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026.

Forord

Dette er den sjette sundhedsprofil, der dækker alle kommuner i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen udgør et centralt grundlag for kommunernes, sundhedsrådenes og regionens arbejde med at udvikle og målrette indsatser inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, og den spiller samtidig en vigtig rolle i regionens rådgivning af kommunerne. De gentagne målinger giver en enestående mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsadfærd, trivsel og overvægt samt forekomsten af kroniske sygdomme over tid. Ligesom i 2021 er sundhedsprofilen i 2025 opdelt i en række delrapporter. Nærværende rapport har fokus på forekomst af kronisk sygdom, mens der allerede findes en rapport, der belyser sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Denne rapport beskriver forekomsten af kronisk sygdom i hele regionen i 2025 samt udviklingen siden 2010. Der sættes i særdeleshed fokus på udviklingen fra 2017 til 2025 og i forskellige befolkningsgrupper, hvor nye figurer illustrerer tendenser på tværs af vigtige demografiske karakteristika. Som noget nyt opgøres også sygdommene ADHD og autisme i rapporten, hvilket er blevet stadig vigtigere i den voksne population, hvor flere får stillet disse diagnoser. Derudover er diabetes, som noget nyt, opdelt i type 1- og type 2-diabetes, hvilket giver et mere nuanceret billede af sygdomsforekomsten og udviklingen over tid. Der er desuden udarbejdet opgørelser for de fire nyoprettede sundhedsråd, som kan understøtte det lokale arbejde med planlægning og prioritering af indsatser. Rapporten indeholder fortsat opgørelser på kommuneniveau, hvilket først og fremmest giver kommunerne mulighed for at se forekomsten i deres egen kommune samt at sammenligne sig med fx

nabokommuner og kommuner med lignende sociale ressourcer. Rapporten bidrager således med væsentlig ny og opdateret viden om forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden, som vi håber, vil blive anvendt bredt – ikke mindst i det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde.

Selve spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' er gennemført ud fra de retningslinjer, der er fastlagt af Det Nationale Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofilen. Undersøgelsen er gennemført samtidig og på samme måde i alle fem regioner. Region Hovedstadens opgørelser af kronisk sygdom adskiller sig fra opgørelserne i de andre regioner, da vi igen i år har valgt at benytte registerdata for en række af de sygdomme hvor det er muligt.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Vi vil gerne takke de kommunale og regionale samarbejdspartnere for et engageret og konstruktivt samarbejde i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsprofilen. Vi vil også gerne rette en stor tak til de sundhedsfaglige råd for deres uvurderlige sparring på de anvendte sygdomsalgoritmer. Endelig rettes en stor tak til de knap 42.000 borgere, som gennem deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' har gjort sundhedsprofilen mulig.

Vi ser frem til, at sundhedsprofilen bliver anvendt aktivt i det videre arbejde med at fremme sundhed og forebygge samt forbedre sygdomsforløb i kommuner, sundhedsråd og region.

God læselyst!



Peter Juul Elsberg
Ph.d., forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen



Line Lund Kårhus
Ph.d., læge
Sektionschef, Sektion for Epidemiologi

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Sammenfatning	5
Kapitel 2: Indledning	12
Kapitel 3: Materiale og metode	17
Kapitel 4: Multisygdom	29
Kapitel 5: Diabetes	37
Kapitel 6: Hjertesygdom	50
Kapitel 7: Apopleksi	57
Kapitel 8: Demens	64
Kapitel 9: Kræft	72
Kapitel 10: Kronisk obstruktiv lungesygdom	79
Kapitel 11: Astma	87
Kapitel 12: Allergi	95
Kapitel 13: Knogleskørhed	101
Kapitel 14: Inflammatorisk ledsygdom	108
Kapitel 15: Slidgigt	115
Kapitel 16: Rygsygdom	121
Kapitel 17: Kroniske smerter	127
Kapitel 18: Migræne eller hyppig hovedpine	133
Kapitel 19: Depression	139
Kapitel 20: Angst	151
Kapitel 21: ADHD	163
Kapitel 22: Autisme	170

Kapitel 1: Sammenfatning

1.1 Indledning og metode

Denne rapport er anden del af Sundhedsprofil 2025 og beskriver forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme i 2025 samt udviklingen heraf siden 2010 blandt borgere på 16+ år i Region Hovedstaden. Forekomsten og udviklingen beskrives fordelt på sociodemografi, sundhedsråd samt kommuner og københavnske bydele. Rapporten er udarbejdet på baggrund af data fra nationale registre og spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?'. Det nationale register 'Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme' (RUKS) er benyttet til at identificere borgere med type 1- og type 2-diabetes, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma og knogleskørhed. Nationale registre om hospitalsdiagnoser og indløsning af receptpligtig medicin er derudover benyttet til at identificere borgere med hjertesygdom, apopleksi, kræft, inflammatorisk ledsygdom, depression, angst, ADHD og autisme. Borgere med depression og angst er ligeledes identificeret ud fra selvrapporterede oplysninger i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?'. Det samme gør sig gældende for allergi, slidgigt, rygsygdom, kroniske smerter samt migræne eller hyppig hovedpine. 'Hvordan har du det?' er gennemført hvert tredje til fjerde år i Region Hovedstaden siden 2010, hvor der ved hver undersøgelse er inviteret omkring 100.000 tilfældigt udvalgte borgere på 16+ år. I 2025 deltog 41.822 borgere i undersøgelsen, svarende til en svarprocent på 41,8 %.

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er at belyse og beskrive, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne i regionen samt at følge udviklingen over tid. Sundhedsprofilen kan bruges som et planlægningsredskab i det løbende arbejde med borgernes sundhed og sygdom i kommunerne, sundhedsrådene og regionen. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan det ses, hvilke sundhedsmæssige områder der er potentiale i at forbedre, og hvilke befolkningsgrupper der er væsentlige at have fokus på, når sundhedsindsatser tilrettelægges. Forekomst af sygdom beskrives i denne rapport, mens forekomst af og udvikling i helbred, trivsel og sundhedsadfærd er beskrevet i rapporten *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd*, der udgør den første del af Sundhedsprofil 2025.

I sammenfatningen findes et overblik over forekomsten og udviklingen af udvalgte kroniske sygdomme i Region Hovedstaden. Derudover belyses forekomsten på tværs af sociodemografiske faktorer og geografiske områder samlet. Det vil sige, at de forskelle, som ses mellem fx aldersgrupper, beskrives samlet og ikke for hver sygdom som i de enkelte kapitler.

1.2 Forekomst af kronisk sygdom i 2025

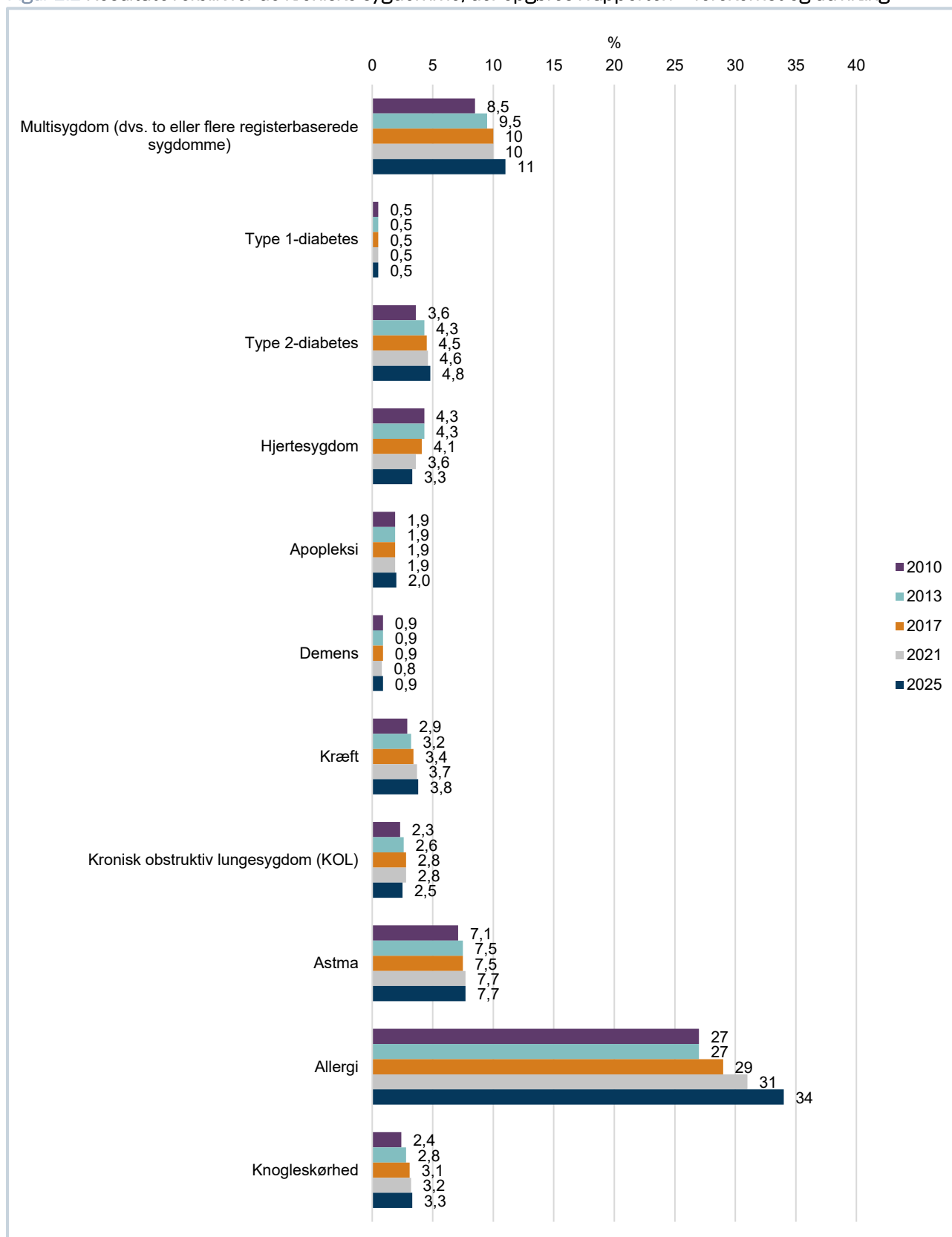
Forekomsten af de kroniske sygdomme, der er opgjort i denne rapport inkl. multisygdom, ses i Figur 1.1. Det ses fx, at lidt over en tredjedel af Region Hovedstadens borgere i 2025 har hhv. allergi (34 %) og kroniske smerter (34 %), mens lidt over en femtedel har slidgigt (21 %), hvilket er de hyppigst forekommende sygdomme (af de opgjorte sygdomme). Generelt gælder det, at de selvrapporterede sygdomme i rapporten er hyppigere end de registerbaserede. Hvis man udelukkende ser på de registerbaserede sygdomme, er astma (7,7 %) og depression (6,7 %) de hyppigst forekommende sygdomme (af de opgjorte sygdomme) i 2025 efterfulgt af type 2-diabetes (4,8 %) og angst (4,6 %). Derudover ses det, at 11 % af borgerne har multisygdom (dvs. to eller flere de registerbaserede sygdomme).

I sammenligningen af sygdomsforekomster er det vigtigt at bemærke, at selvrapporterede sygdomme

oftere vil inkludere flere milde tilfælde, mens sygdomme baseret på registre kun vil inkludere de tilfælde, der er diagnosticeret i hospitalsregi eller behandlet med receptpligtig medicin. For sygdomme, hvor mange patienter hverken modtager specifik medicinsk behandling eller diagnosticeret på et hospital - som fx angst og depression - vil der være en betydelig forskel mellem den selvrapporterede og den registerbaserede forekomst. Det ses således, at forekomsten af selvrapporteret depression (14 %) i 2025 er dobbelt så høj som den registerbaserede forekomst af depression (6,7 %), og at forekomsten af selvrapporteret angst (14 %) er knap tre gange så høj som den registerbaserede forekomst af angst (4,6 %).

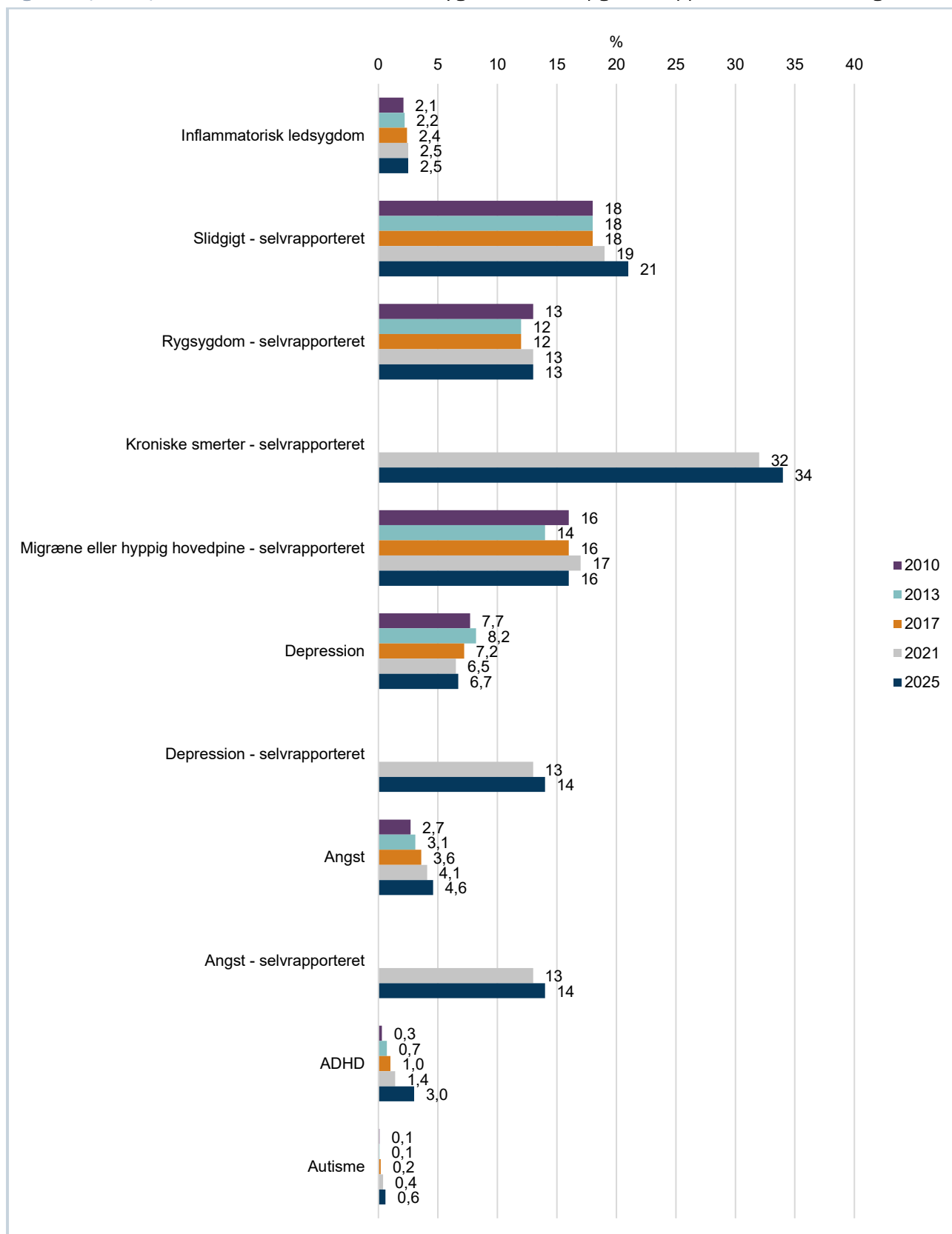
I de følgende afsnit sammenfattes forekomsten af de opgjorte sygdomme i 2025 på tværs af de sociodemografiske faktorer køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse og erhvervstilknytning.

Figur 1.1 Resultatoverblik for de kroniske sygdomme, der opgøres i rapporten – forekomst og udvikling



Opgørelserne vises for 2010 til 2025 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid.

Figur 1.1 (fortsat) Resultatoverblik for de kroniske sygdomme, der opgøres i rapporten – forekomst og udvikling



Opgørelserne vises for 2010 til 2025 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid.

1.2.1 Køn og alder

For størstedelen af de opgjorte sygdomme ses variation i forekomsten på tværs af køn og alder. Overordnet er forekomsten af de fleste kroniske sygdomme højere blandt kvinder end blandt mænd. Derudover ses det for de fleste sygdomme, at forekomsten stiger med stigende alder.

Køn: For de fleste af de opgjorte sygdomme er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd, ligesom kvinder har højere forekomst af multisygdom (dvs. to eller flere af de registerbaserede sygdomme). Der ses især en højere forekomst af angst (både selvrapporteret og registerbaseret), depression (registerbaseret), knogleskørhed, slidgigt, kroniske smerter samt migræne eller hyppig hovedpine blandt kvinder. Fx er forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine over dobbelt så høj blandt kvinder (22 %) som blandt mænd (10 %). For diabetes (type 1 og 2), hjertesygdom, apopleksi og inflammatorisk ledsygdom er forekomsterne derimod højere blandt mænd end blandt kvinder. Fx er forekomsten af hjertesygdom næsten dobbelt så høj blandt mænd (4,2 %) som blandt kvinder (2,5 %). For de fleste af sygdommene ses der dog ikke tydelige kønsforskelle blandt de yngste aldersgrupper, hvor forekomsterne generelt er lave.

Alder: For de fleste af de opgjorte sygdomme, inkl. multisygdom, stiger forekomsten med stigende alder; de laveste forekomster ses således blandt de yngste borgere, og de højeste forekomster blandt de ældste borgere. Dette ses særligt tydeligt for bl.a. hjertesygdom, kræft, slidgigt, type 2-diabetes (især for mænd) og knogleskørhed (især for kvinder). Der er dog også flere sygdomme, hvor forekomsten falder med stigende alder, så forekomsten er lavest i de ældste aldersgrupper og højest i de yngste aldersgrupper. Det gælder særligt for ADHD, autisme, angst og selvrapporteret depression. Der ses især stor variation på tværs af aldersgrupper i forekomsten af selvrapporteret angst blandt kvinder, hvor forekomsten blandt de 16-24-årige er over seks gange højere end blandt de 80+ årige. For allergi samt migræne eller hyppig hovedpine ses der en tilsvarende tendens til en faldende forekomst med stigende alder fra 55 år, hvor forekomsten således er lavest blandt de 80+ årige.

1.2.2 Etnisk baggrund

På tværs af etnisk baggrund ses generelt en lidt højere forekomst af alle de opgjorte registerbaserede sygdomme blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere, der har anden etnisk baggrund, med undtagelse af type 2-diabetes. Fx er forekomsten af apopleksi, kræft og KOL to til tre gange højere blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden etnisk baggrund. Ligeledes er forekomsten af multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede sygdomme) omkring dobbelt så høj blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden etnisk baggrund. Når der tages højde for fordelingen af køn og alder på tværs af etnisk baggrund, mindskes forskellene for nogle af disse sygdomme betragteligt, og for flere af dem ses ikke længere en forskel på tværs af etnisk baggrund. Der er også sygdomme, hvor der ses en højere forekomst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Der er en højere forekomst af bl.a. type 2-diabetes, rygsygdom, kroniske smerter og migræne eller hyppig hovedpine blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt de to øvrige grupper. For de fleste opgjorte sygdomme ses den laveste forekomst generelt blandt borgere med anden vestlig baggrund, med undtagelse af bl.a. allergi, hvor den højeste forekomst ses blandt borgere med anden vestlig baggrund. I forhold til angst og depression ses det, at forekomsten af registerbaseret angst og depression er højest blandt borgere med dansk baggrund, mens forekomsten af selvrapporteret angst og depression er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

1.2.3 Social ulighed

Overordnet ses der social ulighed i forekomsten af de fleste af de opgjorte sygdomme, hvor der ses tendens til at borgere med færre sociale ressourcer har en højere forekomst af kronisk sygdom. Generelt ses den sociale ulighed, uafhængigt af om den undersøges på baggrund af uddannelsesniveau, erhvervstilknnytning eller sociale ressourcer i kommunerne/bydelene.

Uddannelse: På tværs af uddannelsesgrupper ses generelt, at borgere med grundskoleuddannelse som den højeste fuldførte uddannelse har den højeste forekomst af de opgjorte sygdomme, og at forekomsten falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra borgere under uddannelse. Således ses der fx omkring fem til seks gange

højere forekomst af type 2-diabetes og KOL samt knap fire gange højere forekomst af hjertesygdom blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Desuden ses den højeste forekomst af multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede sygdomme) også blandt borgere med grundskoleuddannelse, hvor forekomsten er fire gange højere end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Enkelte sygdomme følger dog et andet mønster i forhold til forekomsten på tværs af uddannelse. For kræft og inflammatorisk ledsygdom ses den højeste forekomst således blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse, mens forekomsten af allergi stiger med stigende uddannelseslængde. For type 1-diabetes er der derimod ingen forskel på tværs af uddannelsesgrupper. For lidt over halvdelen af de opgjorte sygdomme ses den laveste forekomst dog blandt borgere under uddannelse, som dog også har de højeste forekomster af migræne eller hyppig hovedpine, selvrapporteret angst, ADHD og autisme.

Erhvervstilknytning: Der ses overordnet en højere forekomst af de fleste sygdomme blandt pensionister, førtidspensionister og langtidssyge borgere end blandt arbejdsløse borgere og borgere i beskæftigelse. Samtidig er forekomsten af multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede sygdomme) fem til seks gange højere blandt langtidssyge borgere, førtidspensionister og pensionister end blandt borgere i beskæftigelse. Således ses den højeste forekomst af omkring halvdelen af de opgjorte sygdomme blandt pensionister, fx hjertesygdom, apopleksi, kræft, KOL, slidgigt, knogleskørhed og demens, som også er sygdomme, der har en stærk sammenhæng med alder. Der ses også høje forekomster af flere sygdomme blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister. Således ses de højeste forekomster af diabetes (type 1 og 2), astma og rygsygdom blandt førtidspensionister – fx er der syv gange højere forekomst af type 2-diabetes blandt førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse. Blandt langtidssyge borgere ses de højeste forekomster af kroniske smerter, migræne eller hyppig hovedpine, angst, depression, ADHD og autisme, hvor der især ses en markant højere forekomst af registerbaseret angst og depression sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper. Generelt ses de laveste forekomster af størstedelen af de opgjorte sygdomme blandt

borgere i beskæftigelse og blandt arbejdsløse borgere, med undtagelse af allergi, hvor forekomsten er højest blandt arbejdsløse og langtidssyge borgere.

Kommunesocialgrupper: I rapporten opgøres forekomsten af kronisk sygdom på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor kommunerne og bydelene er opdelt i fire kommunesocialgrupper ud fra sociale ressourcer blandt borgerne i kommunerne/bydelene målt på borgernes uddannelse, erhvervstilknytning og indkomst. Forekomsten på tværs af kommunesocialgrupper er dermed også et udtryk for, om der er social ulighed i sygdomsforekomsten.

Generelt ses der en social gradient i forekomsten af de fleste opgjorte sygdomme, hvor de kommuner og bydele med færrest sociale ressourcer (kommunesocialgruppe 4) har en højere forekomst af sygdommene sammenlignet med de kommuner og bydele med flest sociale ressourcer (kommunesocialgruppe 1). Det gælder både, når man ser på andelen med multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede sygdomme), og når man ser på de enkelte sygdomme, fx type 2-diabetes, KOL, kroniske smerter, migræne eller hyppig hovedpine, depression og angst. Den omvendte tendens ses for kræft, hvor forekomsten er lavere end i regionen som helhed i flere af de kommuner/bydele med færrest sociale ressourcer og højere i flere af de kommuner/bydele med flest sociale ressourcer. Der er dog også sygdomme, hvor der ikke ses nogen tydelig social gradient på tværs af kommunesocialgrupper. Det gælder type 1-diabetes, apopleksi, demens, astma, allergi og knogleskørhed.

1.2.4 Geografisk ulighed

I denne rapport er geografisk ulighed belyst ved at se på forekomsten af de opgjorte kroniske sygdomme på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, og på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele. Overordnet ses det, at de højeste forekomster af mange af sygdommene ses i kommuner og sundhedsråd, hvor der er en høj andel af ældre borgere.

Sundhedsråd: Det ses overordnet, at forekomsten af de fleste opgjorte sygdomme er højest i Sundhedsråd Nordsjælland og lavest i Sundhedsråd Hovedstaden. Fx ses der en dobbelt så høj forekomst af demens samt en højere forekomst af multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede

sygdomme) i Sundhedsråd Nordsjælland sammenlignet med Sundhedsråd Hovedstaden. I Sundhedsråd Hovedstaden ses dog de højeste forekomster af selvrapporteret depression, angst (både registerbaseret og selvrapporteret) og ADHD, mens forekomsten af type 2-diabetes og migræne eller hyppig hovedpine er højest i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Når der tages højde for fordelingen af køn og alder i sundhedsrådene, ændrer tendenserne sig imidlertid og bliver mindre tydelige for de fleste af de opgjorte sygdomme – særligt for sygdomme med en stærk sammenhæng med alder. Der ses desuden en begrænset variation på tværs af sundhedsrådene i forekomsten af type 1-diabetes og allergi.

Kommuner: Den geografiske ulighed i forekomsten af kronisk sygdom på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele afspejles i høj grad i de forskelle, der ses mellem de geografiske områder, sundhedsrådene dækker over. Fx er forekomsten af flere sygdomme blandt de højeste i Halsnæs, Frederikssund og Gribskov kommuner, ligesom de højeste forekomster af mange sygdomme ses i Sundhedsråd Nordsjælland. Der er dog også kommuner, der skiller sig ud fra det samlede billede i deres sundhedsråd, særligt ift. fordelingen af alder og sociale ressourcer. Det gælder fx Bornholms Regionskommune, der har en ældre befolkning og færre sociale ressourcer, og som er blandt de kommuner/bydele med de højeste forekomster af en stor del af de opgjorte sygdomme, inkl. multisygdom (dvs. to eller flere registerbaserede sygdomme). Dette står i kontrast til resten af Sundhedsråd Hovedstaden (dvs. Københavns og Frederiksberg kommuner), hvor nogle af de laveste sygdomsforekomster ses – især i nogle af de københavnske bydele, fx Vesterbro/Kongens Enghave.

1.3 Udvikling i Region Hovedstaden

Generelt ses en stigning fra 2010 til 2025 i forekomsten af størstedelen af de opgjorte sygdomme i Region Hovedstaden (Figur 1.1). Det gælder således også for multisygdom (dvs. to eller flere af de registerbaserede sygdomme), hvor forekomsten er steget fra 8,5 % i 2010 til 11 % i 2025. For de fleste af sygdommene er stigningen sket gradvist – for

KOL ses dog, at forekomsten er faldet en anelse igen fra 2021 til 2025. Der ses derimod et fald i forekomsten af hjertesygdom og registerbaseret depression fra 2010 til 2025 – for depression er forekomsten dog steget en anelse igen fra 2021 til 2025, men den er stadig lavere end i 2017. For enkelte sygdomme ses ingen eller begrænsede ændringer i forekomsten over årene. Det gælder for type 1-diabetes, demens, rygsygdom samt migræne eller hyppig hovedpine.

1.4 Opsamling

Forekomsten af de opgjorte kroniske sygdomme varierer på tværs af sociodemografiske grupper. Overordnet ses der en højere forekomst af de fleste sygdomme blandt kvinder end blandt mænd, og at forekomsten stiger med stigende alder. De laveste forekomster ses således blandt de yngste borgere, og de højeste forekomster blandt de ældste borgere. Derudover har borgere med dansk baggrund den højeste forekomst af de fleste registerbaserede sygdomme, mens borgere med ikke-vestlig baggrund har den højeste forekomst af især de selvrapporterede sygdomme.

Der ses generelt en social ulighed i forekomsten af de fleste opgjorte sygdomme, idet borgere med færre sociale ressourcer har en tendens til at have en højere forekomst af kroniske sygdomme. Generelt ses den sociale ulighed, uafhængigt af om den undersøges på baggrund af uddannelsesniveau, erhvervstilknytning eller kommunesocialgrupper. Der ses desuden geografisk ulighed i forekomsten af opgjorte sygdomme. Fx har borgerne i Bornholms Regionskommune og Sundhedsråd Nordsjælland – særligt i Halsnæs, Frederikssund og Gribskov kommuner – en højere forekomst af de fleste kroniske sygdomme sammenlignet med regionen som helhed. For flere sygdomme ændrer dette mønster sig dog, når der tages højde for forskelle i køns- og aldersfordelingen mellem sundhedsråd og kommuner.

I Region Hovedstaden ses samlet set en stigning i forekomsten af størstedelen af de opgjorte kroniske sygdomme samt multisygdom fra 2010 til 2025, mens der ses et fald i forekomsten af hjertesygdom og registerbaseret depression.

Kapitel 2: Indledning

Sundhedsprofilen er en undersøgelse, der udarbejdes hvert fjerde år i alle fem regioner samt nationalt, og som belyser sundhed og sygelighed blandt borgere på 16 år eller derover. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og dens kommuner består af to hovedrapporter: én om helbred, trivsel og sundhedsadfærd (1) og én om forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme (denne rapport). Derudover omfatter sundhedsprofilen i Region Hovedstaden oplæg og faktaark til kommunerne, temarapporter samt øvrige udgivelser.

2.1 Formål og baggrund for sundhedsprofilen

Folkesundheden er udfordret af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, udbredte risikofaktorer og kronisk sygdom, der i højere grad bidrager til bl.a. flere leveår med sygdom, tabte leveår og sociale forskelle ift. hvem der rammes (2). Der er dog et betydeligt potentiale for at styrke folkesundheden gennem forebyggelse. Strukturelle indsatser og målrettet forebyggelse kan bidrage til at øge livskvaliteten og antallet af gode leveår uden sygdom samt reducere for tidlige dødsfald (3). Samtidig kan patientrettet forebyggelse begrænse sygdomsforværring og følgesygdomme samt understøtte rehabilitering efter sygdom (4). For at kunne prioritere og målrette indsatserne effektivt er der behov for opdateret viden om, hvor sundhedsudfordringerne er størst, hvilke befolkningsgrupper der i højere grad har bestemte sygdomme, og hvilke befolkningsgrupper der er mest sårbare.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden bidrager til dette vidensgrundlag ved at belyse borgernes trivsel, sundhed og sygdom samt følge udviklingen og tendenserne i befolkningen over tid. Sundhedsprofilen udgør dermed et centralt planlægnings- og beslutningsredskab for regionen og kommunerne, hvor viden fra sundhedsprofilen kan danne grundlag for prioritering af forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Via sundhedsprofilen kan det netop identificeres, hvilke sundhedsmæssige områder der er mest relevante at styrke, og hvilke befolkningsgrupper der bør være et særligt fokus på, når sundhedsindsatser tilrettelægges. Sundhedsprofilen udgør således et unikt redskab i arbejdet med kommunale sundhedspolitikker, arbejdet i

de nyoprettede sundhedsråd samt arbejdet i regionens overordnede hospitalsplanlægning og i sundhedsaftalerne mellem kommuner, praksissektor og region. Derudover stilles sundhedsprofilens data til rådighed for samfundsrelevante forskningsprojekter.

Sundhedsprofilen i 2025 er efterfølgeren til fem tidligere sundhedsprofiler fra hhv. 2007, 2010, 2013, 2017 og 2021 (5–9). Siden 2013 er den del, som omhandler kronisk sygdom, udgivet i en rapport for sig (10–12), hvoraf denne er nummer fire i rækken. Alle udgivelser kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. I Region Hovedstadens sundhedsprofil sættes fokus på regionens 29 kommuner, 10 københavnske bydele, de fire nyoprettede sundhedsråd samt regionen som helhed.

2.2 Nationalt samarbejde

Sundhedsprofilen er baseret på registerdata og data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som er en del af en landsdækkende undersøgelse, der gennemføres samtidig i et samarbejde mellem de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Der udarbejdes sundhedsprofiler i alle fem regioner samt nationalt på samme tid, hvor hver region, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed står bag udarbejdelsen på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet.

'Hvordan har du det?'-undersøgelsen er udviklet og gennemført i overensstemmelse med retningslinjer fastlagt af Det Nationale Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofilen, som består af Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed og repræsentanter fra de fem regioner og en kommune fra hver region. Det betyder, at dataindsamlingen og databearbejdningen er blevet standardiseret nationalt og på tværs af regioner. Dette gør det muligt at sammenligne mange af opgørelserne i Region Hovedstadens sundhedsprofil med opgørelserne i de øvrige regioners sundhedsprofil og Den Nationale Sundhedsprofil –

inklusive de samlede opgørelser fra hele landet på hjemmesiden danskernessundhed.dk. Det skal bemærkes, at ikke alle sygdomme opgjort i denne rapport kan sammenlignes direkte med opgørelserne i Den Nationale Sundhedsprofil. Dette skyldes, at Den Nationale Sundhedsprofil udelukkende baserer sig på spørgeskemadata, mens sygdomsopgørelserne i Region Hovedstadens sundhedsprofil bygger på både spørgeskema- og registerdata.

Regionen og kommunerne har også bidraget til Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2025 gennem et løbende samarbejde forud for dataindsamlingen og analysearbejdet, bl.a. i forhold til hvilke faktorer og sygdomme der var særligt vigtige at belyse i den regionale sundhedsprofil.

Den næste sundhedsprofilundersøgelse planlægges gennemført i 2029 og publiceret i 2030.

2.3 Formålet med denne rapport

Formålet med denne rapport er at belyse forekomsten og udviklingen af kronisk sygdom blandt Region Hovedstadens borgere på 16 år eller derover, så regionerne, kommunerne og de nyoprettede sundhedsråd får et solidt redskab til planlægning og prioritering af regionale, kommunale og tværsektorielle forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Regionen, kommunerne og sundhedsrådene har en central opgave i at forebygge kronisk sygdom hos borgerne – også målrettet mod dem, der allerede har en sygdom – samt tilbyde behandling og rehabilitering, der kan give borgerne flere gode leveår og god livskvalitet. For at understøtte målrettede indsatser opgøres forekomsten af kroniske sygdomme på tværs af sociodemografiske faktorer samt sociale og geografiske skel, så forskelle mellem befolkningsgrupper tydeliggøres og ulighed i sundhed kan adresseres mere præcist. Effektive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser over for borgernes adfærd og rammerne om borgernes liv kan på sigt udmunde i en reduktion i andelen af borgere, der udvikler kronisk sygdom. Det kan dog eventuelt også føre til en øget gennemsnitlig levealder og dermed en stigning i forekomsten af kronisk sygdom.

2.4 Indhold og opbygning af rapporten

Denne rapport beskriver forekomsten af 19 kroniske sygdomme og forekomsten af to eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (multisygdom) blandt alle regionens borgere på 16 år eller derover. Rapporten er opbygget således, at der findes et kapitel for hver sygdom med tilhørende tekst og tabeller, der beskriver og viser forekomsten for regionen som helhed samt opdelt på udvalgte sociodemografiske grupper, for de geografiske områder, de fire sundhedsråd dækker, og for regionens 29 kommuner og 10 københavnske bydele. I rapporten er der tilføjet nye opgørelser af en række kroniske sygdomme, bl.a. ADHD og autisme, som er inkluderet på baggrund af et øget fokus på disse sygdomme og en stigning i den voksne del af befolkningen. Derudover er der i rapporten inkluderet en opgørelse af multisygdom.

Der er i rapporten lagt vægt på at vise udviklingen i sygdomsforekomst over tid, hvor muligt. Udviklingen fra 2010 til 2025 vises overordnet i et resultatoverblik i rapportens sammenfatning, mens der stilles skarpt på udviklingen fra 2017 og 2021 til 2025 i øvrige opgørelser. I denne rapport vises udviklingen som noget nyt i figurer for alle sygdommene. Der er tilføjet en ny type figur, som viser udviklingen af en given sygdom fra 2017 til 2025 på regionsniveau fordelt på køn, alder, uddannelse og erhvervstilknytning. Figuren giver dermed et grafisk overblik over udviklingen i regionen. Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau med fokus på uddannelse og erhvervstilknytning og på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper på baggrund af oplysninger om årlig indkomst, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning blandt borgerne i kommunen. Kommunesocialgrupperne samt information om demografi og socioøkonomiske forhold i Region Hovedstaden introduceres i kapitel 4 i *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd* (1).

I tillæg til denne rapport er der udarbejdet faktaark for kommuner, region og sundhedsråd, som bl.a. viser forekomsten af udvalgte sygdomme i alt samt fordelt på køn og aldersgrupper. Derudover er nye årlige tilfælde af de kroniske sygdomme opgjort for hhv. region, sundhedsråd og kommuner, men uden

dertilhørende beskrivelser af hensyn til prioritering af ressourcer. Ved at kontakte sundhedsprofilteamet i Region Hovedstaden på sundhedsprofil@regionh.dk kan man få tilsendt faktaark og opgørelser af nye tilfælde af kroniske sygdomme.

Da dele af metoden og strukturen i denne rapport er de samme som i *'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom* (10) og som i *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd* (1), vil der være tekststykker i denne rapport, som er genbrugt fra disse rapporter.

2.5 Sundhedsreformen

Den sundhedsreform, som forberedes og implementeres i disse år, har til formål at skabe et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen. Det omfatter bl.a. en omstilling til nære, mindre specialiserede og mere digitale sundhedstilbud, bedre fordeling af ressourcer og samling af ansvaret for patientforløb.

Et centralt element i sundhedsreformen for Region Hovedstaden er en sammenlægning med Region Sjælland. Fra 2027 bliver de to regioner til Region Østdanmark. Samtidig etableres nye sundhedsråd, som skal erstatte sundhedsklyngerne. Derudover er der også i Region Hovedstaden tale om omfattende opgaveflytninger inden for bl.a. akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, den specialiserede rehabilitering samt den patientrettede forebyggelse.

Forarbejdet til implementeringen har fundet sted samtidig med dataindsamlingen og tilblivelsen af rapporten. Flere steder i rapporten er der beskrivelser af aktører, som kan påvirke, forebygge og behandle flere af de sygdomme, vi opgør. De dele skal læses i lyset af de forventede strukturændringer, reformerne medfører – nogle muligvis, allerede inden rapporten udgives, andre efterfølgende. Rapporten skal således læses med det forbehold.

2.6 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for undersøgelsen bag og udarbejdelsen af *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom*.

Hovedkræfterne bag gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2025' samt den efterfølgende udarbejdelse af denne rapport er forsker Marie Holm Eliassen (ph.d.), videnskabelig medarbejder Ida Strøyer Hendriksen (cand.scient.), konsulent Julie Flyger Holfod (ph.d.), videnskabelig medarbejder Cecilie Goltermann Toxværd (cand.scient.), forsker Marie Stjerne Grønkjær (ph.d.), forsker Peter Juul Elsborg (ph.d.) og statistiker Anne Helms Andreassen (cand.scient.).

En anden gruppe har bidraget væsentligt til enkelte faser af arbejdet. Denne gruppe omfatter studentermedhjælper Julie Hedensted, statistiker Ditte Sæbye (cand.scient.), datamanager Gert Virenfeldt (cand.scient.), dataanalytiker Sean Jonas Valdemar Marker (cand.scient.) samt videnskabelig medarbejder Malene Rohde Hannibal Schubart (cand.scient.).

Udarbejdelse af algoritmer til afgrænsning af borgere med kronisk sygdom ud fra centrale nationale registre er sket i samarbejde med de sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden. Derudover har forskerkolleger fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse med ekspertise i specifikke sygdomme bidraget med sparring angående algoritmeudvikling og afgrænsning af sygdommene i 2025 og i tidligere sundhedsprofiler.

En referencegruppe bestående af repræsentanter fra de 29 kommuner og Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Hovedstaden har været sparringspartner i processen. Aktuelt består referencegruppen af sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Syd), konsulent Luna Høimark Malmberg, Brøndby Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Syd), afdelingsleder Camilla Hoelstad Holm, Gentofte Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Midt), leder Sonja Trabjerg Bjørnø, Rødovre Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Midt), fuldmægtig Kirstine Halberg Engell, Gribskov Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Nord), sundhedskonsulent Stine Sommer Christensen, Halsnæs Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Nord), fuldmægtig Oliver Asbjørn Fick, Københavns Kommune (repræsentant for Sundhedsklynge Byen), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune (repræsentant for Sundhedsklynge Bornholm) samt chefkonsulent Lene Schack-Nielsen fra DNS i Region Hovedstaden.

Opsætning af spørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og håndtering af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Høge Consulting ApS. Udsendelse af spørgeskema er sket i samarbejde med Express A/S og Bladkompaniet A/S. Express A/S har desuden stået for indscanning af besvarelser på papirspørgeskemaer. a1kommunikation har læst korrektur på denne rapport.

Litteratur

1. Elsborg PJ; Eliassen MH; Andreasen AH; Toxværd CG; Virenfeldt GM; Holflod JF; Schubart MRH; Hendriksen IS; Marker SJV; Fredenslund, IRB; Hedensted J; Grønkjær MS. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner - Helbred, trivsel og sundhedsadfærd. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=HREGIONH-1959040906-832
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf>
3. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil. Midtvejsundersøgelsen 2023 – centrale udfordringer. København: Sundhedsstyrelsen; 2024. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/eit-bfxpw/web_sundhedsprofilen_2023_korta.pdf
4. Egebæk HK, Kampstrup-Larsen N. Patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen – En kortlægning af hvor der mangler forskning. København: Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse; 2024. Tilgængelig hos: https://www.regioner.dk/media/Omvfx1xk/kortlaegning-patientrettet-forebyggelse-i-det-naere-sundhedsvaesen_2024.pdf
5. Lau CJ, Eliassen M, Grønkjær MS, Bekker-Jepesen M, Toxværd CG, Gøtzsche N, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Rapporter/Sundhedsprofil_2021_web.pdf
6. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jepesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2017/Udgivelser/Sundhedsprofil%202017_Sundhedsadf%C3%A6rd%20og%20risikofaktorer.pdf
7. Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreasen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, m.fl. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2017/Udgivelser/Sundhedsprofil%202013.pdf>
8. Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2010. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2010/Udgivelser/Sundhedsprofil%202010.pdf>
9. Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreasen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2008. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2008/Udgivelser/Sundhedsprofil%202008.pdf>
10. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jepesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Udgivelser/Documents/Sundhedsprofil_Del%202021_web.pdf
11. Johansen NB, Lykke MB, Bekker-Jepesen M, Buhelt LP, Allesøe K, Andreasen AH, m.fl. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse,

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2017/Udgivelser/Sundhedsprofil%202017%20Kronisk%20sygdom_indhold.pdf

12. Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jepsen M, Buhelt LP, Robinson KM, m.fl. Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Documents/2017/Udgivelser/Sundhedsprofil%202013%20-%20Kronisk%20sygdom.pdf>

Kapitel 3: Materiale og metode

Opgørelser af kronisk sygdom i Sundhedsprofil 2025 bygger primært på data fra nationale registre og derudover på selvrapporterede data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', der blev gennemført i foråret 2025, 2021, 2017, 2013 og 2010.

3.1 Valg af kroniske sygdomme

De kroniske sygdomme, som opgøres i denne rapport, er udvalgt på baggrund af en række kriterier og i dialog med repræsentanter fra Region Hovedstaden og regionens kommuner. Kriterierne omfatter bl.a., at sygdommene er hyppigt forekommende i den danske befolkning, at de er belastende for den enkelte borger og for samfundet, samt at de er kroniske/langvarige. Derudover skal der være et forebyggelsespotentiale med henblik på at reducere risikoen for sygdommens udvikling, forværring eller følgevirkninger. Slutteligt skal det være muligt at definere borgere med sygdommen ud fra centrale registre eller spørgeskemadata.

3.2 Opgørelser af sygdomme

Den estimerede forekomst af kronisk sygdom afhænger af, hvordan man identificerer borgere med sygdommen. I denne rapport er der benyttet oplysninger fra centrale nationale registre om bl.a. hospitalsdiagnoser og brug af medicin samt selvrapporterede oplysninger fra spørgeskemaer afhængigt af den specifikke sygdom, hvilket beskrives nærmere nedenfor. I forbindelse med valg af datakilder er der taget hensyn til fordele og ulemper ved kilderne. Ved brug af registerdata vil man i nogle tilfælde underestimere forekomsten af kroniske sygdomme. Det gælder specielt forekomsten af sygdomme, som primært diagnosticeres og behandles i almen praksis. Omvendt vil man ved brug af spørgeskemadata kunne både over- og underestimere forskellige sygdomme. Overestimeringen kan bl.a. ske, hvis borgerne har fået at vide af lægen, at de har en sygdom, uden at der er foregået en egentlig diagnostisering. En underestimering kan bl.a. ske, hvis borgerne glemmer at angive, at de har en given sygdom (1,2).

3.2.1 Sygdomme baseret på data fra nationale registre

De fleste af de opgjorte kroniske sygdomme er baseret på data fra centrale nationale registre. Hvor det er muligt, er der benyttet oplysninger fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). I RUKS identificeres borgere med udvalgte kroniske sygdomme, som er defineret ud fra oplysninger om hospitalsdiagnoser fra Landspatientregisteret (LPR) og indløsning af medicinrecepter fra Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (3). De præcise udvælgelseskriterier ift. diagnoser og typer af medicin opdateres årligt i december, fx hvis nye typer medicin godkendes til behandling eller indikation for brug af medicinen ændres. I Sundhedsprofil 2025 er der benyttet oplysninger fra RUKS opdateret 1. november 2024, hvorfor udvælgelseskriterierne stammer fra december 2023. RUKS benyttes i sundhedsprofilen for at gøre opgørelserne sammenlignelige med sygdomsopgørelser fra andre kilder, fx Sundhedsdatabanken (4) og Sygdomsbyrden i Danmark (5). Opgørelserne vil dog ikke være fuldt overensstemmende grundet brug af forskellige opdateringer af RUKS. I Sundhedsprofil 2025 i Region Hovedstaden opgøres forekomsten af type 1- og type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma, knogleskørhed og demens ud fra oplysninger i RUKS.

Forekomsten af mange af de øvrige opgjorte sygdomme i denne rapport er ligeledes opgjort ud fra centrale registre – det drejer sig om hjertesygdom, kræft, apopleksi, inflammatorisk ledsygdom, depression, angst, ADHD og autisme. For disse sygdomme er der ligesom i RUKS brugt oplysninger om hospitalsdiagnoser samt indløsning af medicinrecepter til at definere, om en borger har den pågældende kroniske sygdom. Oplysningerne stammer fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddeldatabasen (LMDB). For LPR er der brugt oplysninger fra LPR2 indtil 2019 og fra LPR3 fra 2019 og frem. Der benyttes oplysninger om både aktions- og bidiagnoser, ligesom der er oplysninger fra både ambulante kontakter og indlæggelser. Der benyttes dog kun oplysninger fra offentlige hospitaler, hvor med diagnoser, der kun er givet i privat regi, ikke er inkluderet. Algoritmerne til at identificere borgere med kronisk sygdom på baggrund af register-

oplysninger blev udviklet i forbindelse med Sundhedsprofil 2013, hvor de var til høring i de sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden. I forbindelse med Sundhedsprofil 2021 og 2025 er de blevet yderligere udviklet og opdateret – ligeledes i samarbejde med de sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden – og der er tilføjet nye sygdomme. Ved opgørelserne af de enkelte kroniske sygdomme fremgår det mere præcist, hvilke registre og algoritmer der er benyttet i definitionen af borgere med den pågældende sygdom.

For alle sygdomme baseret på registerdata tages der udgangspunkt i alle borgere på 16 år eller derover, som var bosat i Region Hovedstaden d. 1. januar i hhv. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Forekomsten opgøres dermed pr. 1. januar i det pågældende år. For sygdomme baseret på RUKS er forekomsten for 2025 dog opgjort pr. 1. november 2024. Dette skyldes, at det ikke var muligt at få adgang til opdaterede RUKS-data. Der kan derfor være risiko for en mindre underestimering af forekomsten i 2025 for disse sygdomme, da det stadig opgøres blandt befolkningen pr. 1. januar 2025.

3.2.2 Sygdomme baseret på spørgeskemadata

Forekomsten af allergi, slidgigt, rygsygdom, kroniske smerter og migræne eller hyppig hovedpine er opgjort ud fra spørgeskemadata, da disse sygdomme primært behandles i almen praksis og ikke på hospital, hvorfor der ikke vil være registreret en hospitalskontakt for sygdommen i LPR. Derudover er den medicinske behandling ikke specifik for disse sygdomme, og flere af lægemidlerne kan fås i håndkøb, hvilket gør, at oplysninger om medicin fra LMDB ikke kan anvendes til afgrænsning af sygdommene. Borgere med depression og angst er desuden identificeret ved brug af både register- og spørgeskemaoplysninger opgjort hver for sig. Spørgeskemaoplysningerne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som blev gennemført i foråret 2025, 2021, 2017, 2013 og 2010 blandt tilfældigt udvalgte borgere på 16+ år i Region

Hovedstaden. I 2025 blev spørgeskemaet sendt ud til 100.050 borgere i regionen, hvoraf 41.822 deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 41,8 %. Undersøgelsen blev gennemført samtidig i alle fem regioner i Danmark, og der blev gennemført en national stikprøve. I Region Hovedstaden stod Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) for dataindsamlingen. En detaljeret beskrivelse af 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen kan læses i rapporten *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd*.

Sygdomme baseret på spørgeskemadata er overordnet blevet målt ved spørgsmålet: "For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger." Borgere, der har svaret "Ja, det har jeg nu" eller "Ja, det har jeg haft tidligere" og "Ja" til stadig at have eftervirkninger, defineres som nogen, der har sygdommen. Borgere med kroniske smerter er dog defineret ved, at de har svaret "Ja" på spørgsmålet "Har du vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, der har varet i 3 måneder eller mere? Med hyppigt tilbagevendende menes mindst 15 dage pr. måned."

For alle sygdomme baseret på spørgeskemadata tages der udgangspunkt i deltagere, som har besvaret det specifikke spørgsmål i 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen i det pågældende år. Forekomsten er dermed målt på tidspunktet for besvarelsen. For spørgsmål, der er fælles på tværs af alle regioner og nationalt, benyttes både data fra den regionale stikprøve og data fra den nationale stikprøve for personer bosiddende i Region Hovedstaden. Den nationale stikprøve er indsamlet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Ved hver tabel i rapporten angives, hvor dataene stammer fra, og hvor mange personer analyserne bygger på, afrundet til nærmeste 10 for spørgeskemadata og nærmeste 100 for registerdata.

3.3 Øvrige data

Til beskrivelse af forekomsten af sygdommene er der benyttet data fra nationale registre om køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, etnisk baggrund, indkomst og bopælskommune. For borgere bosat i Københavns Kommune er der desuden suppleret med oplysninger om bydel. I kapitlet om demografi og socioøkonomiske forhold (kapitel 4) i rapporten Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd (6) findes en yderligere beskrivelse af de sociodemografiske variable samt en opgørelse af deres fordeling i Region Hovedstaden.

3.4 Metode

Forekomsten af de udvalgte kroniske sygdomme i Region Hovedstaden, sundhedsrådene og kommunerne samt inden for de sociodemografiske grupper er opgjort ved brug af frekvenstabeller. Logistisk regressionsanalyse og χ^2 -test er brugt til at teste forskelle mellem forekomster i hhv. sundhedsrådene og kommunerne og regionen som helhed. Forekomsten er derudover opgjort for de forskellige år, sundhedsprofilen er lavet i, hvor forskelle mellem årene er testet med en χ^2 -test. Logistisk regressionsanalyse er benyttet til at estimere odds ratio (OR) for at have den pågældende sygdom, afhængigt af hhv. sociodemografiske karakteristika, sundhedsråd og kommune, hvor der justeres for køn og alder. OR angiver i disse analyser odds for at have sygdommen, hvis man har den pågældende sociodemografiske karakteristika, bor i det pågældende sundhedsråd eller den pågældende kommune/bydel, sammenlignet med referencegruppen (benævnt "Ref"), når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling. En OR over 1 angiver, at borgerne i den pågældende sociodemografiske gruppe, kommune eller det pågældende sundhedsråd har højere odds for at have sygdommen sammenlignet med referencegruppen, når der tages højde for forskellig fordeling af køn og alder i grupperne. En OR under 1 angiver omvendt en lavere justeret odds for

sygdommen i den pågældende gruppe. For sociodemografiske karakteristika er referencegruppen i de fleste tilfælde den største gruppe inden for den pågældende sociodemografiske gruppe. For sundhedsråd og kommuner sammenlignes der med regionen som helhed.

I analyser af sygdomme baseret på spørgeskema-data er der taget højde for forskelle i udtræks- og svarsandsynlighed. Dette er gjort ved at vægte samtlige analyser i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner og københavnske bydele samt i forhold til sandsynligheden for at besvare spørgeskemaet. Sidstnævnte betyder, at besvarelsen fra hver enkelt person er givet en værdi – en såkaldt vægt – i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, personindkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, boligforhold (ejer eller lejer) samt antal lægebesøg og sygehuskontakter. Ved brug af vægte øges sandsynligheden for, at resultaterne bliver repræsentative for kommuner/bydele, sundhedsråd og regionen. I opgørelserne af sygdomme baseret på spørgeskemadata estimeres antallet af personer med den pågældende sygdom opdelt i hhv. sociodemografisk gruppe, sundhedsråd og kommune/bydel. Dette gøres ud fra den vægtede andel i stikprøven samt antallet af personer i den pågældende gruppe. Både vægtning og estimering af antal er beskrevet yderligere i rapporten *Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd* (6). I opgørelser af sygdomme baseret på registerdata er antallet af personer de observerede personer med sygdommen i registrene. For at øge læsevenligheden af rapporten er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Dette betyder, at tallene i en given tabel ikke nødvendigvis summer op til det samlede tal opgjort for Region Hovedstaden.

For alle test er der brugt et 5%-signifikansniveau til at vurdere, om der er statistisk signifikante forskelle.

3.5 Læsevejledning

I det følgende beskrives de figurer og tabeller, der findes i rapporten, samt en læsevejledning.

3.5.1 Nye tabeller og figurer i 2025

Sundhedsprofil 2025 indeholder, i modsætning til tidligere sundhedsprofiler, tabeller med opgørelser for de geografiske områder, der hører til sundhedsrådene i regionen. Derudover er der udviklet nye figurer for udviklingen i regionen for de sociodemografiske grupper køn, alder, uddannelse og beskæftigelse for at give en visuel præsentation af udviklingen.

3.5.2 Figurer med resultater på regionsniveau

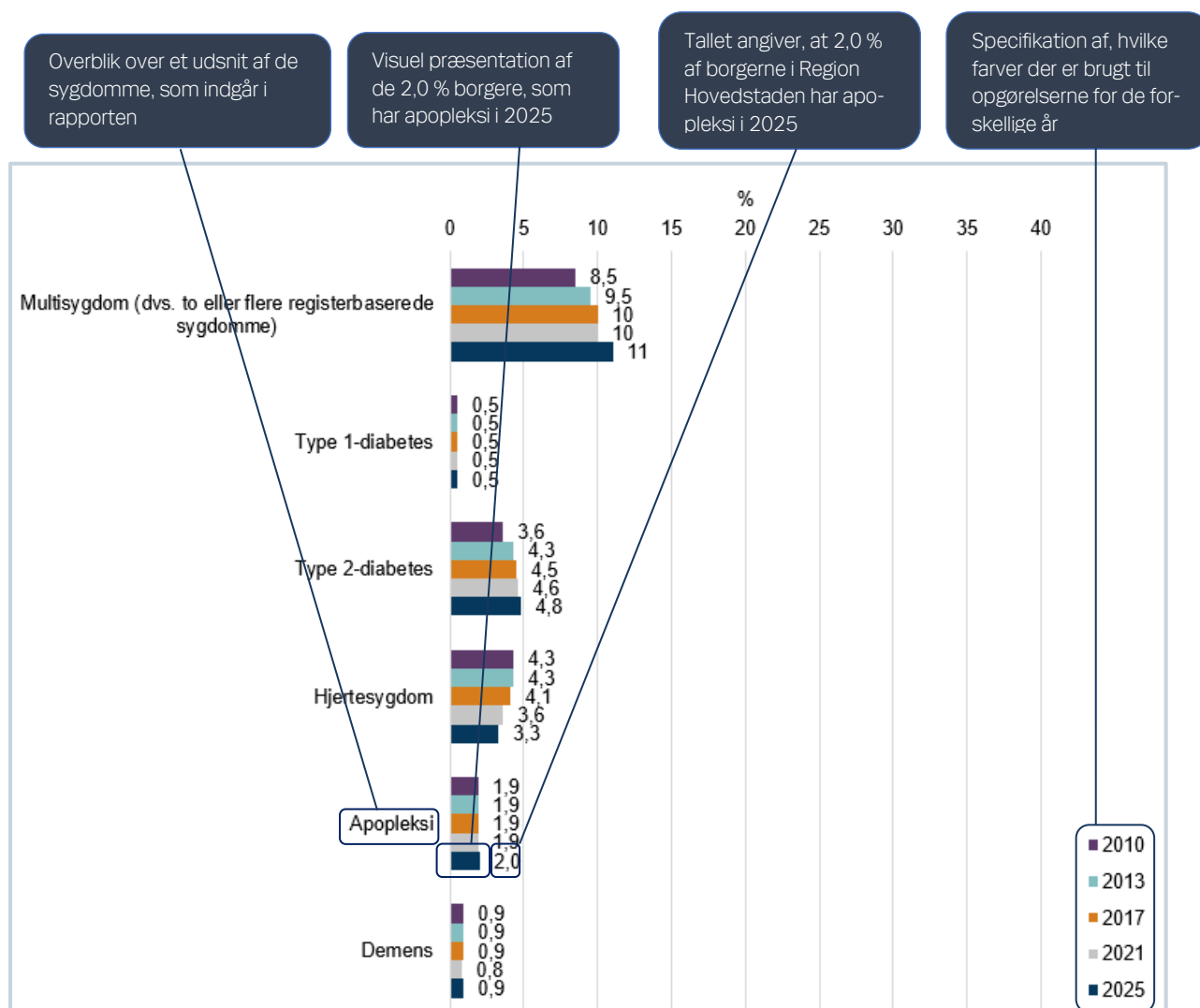
Resultatoverblik

I rapportens sammenfatning vises et resultatoverblik over de sygdomme, der indgår i rapporten. Udviklingen vises for 2010 til 2025 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid.

Figur 3.1 viser den første del af den figur, der findes i rapportens sammenfatning.

Figur 3.1 Læsevejledning for resultatoverblik

Eksempel: Overblik over forekomst af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden (Figur 1.1)



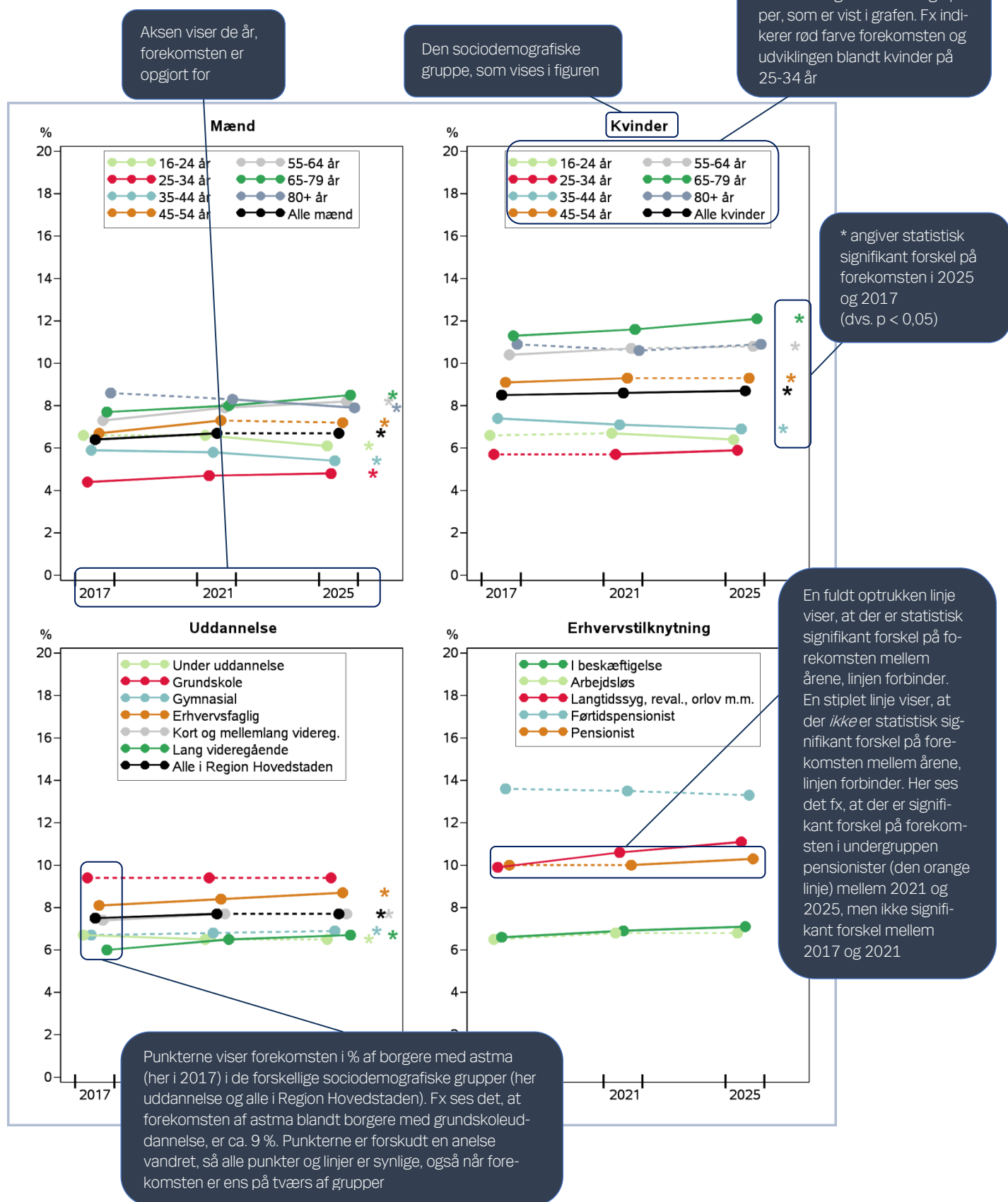
Udviklingsfigurer

I rapporten præsenteres udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme inden for de sociodemografiske grupper i Region Hovedstaden bl.a. i figurer. De sociodemografiske grupper i udviklingsfigurerne er: køn og alder, højeste fuldførte uddannelse og erhvervstilknytning. Formålet med figurerne er at give et visuelt overblik over ændringer over tid på tværs af sociodemografi. I figurerne vises derfor grafer for udvikling i forekomsten af kronisk sygdom samlet

for Region Hovedstaden og opdelt på de sociodemografiske grupper for 2017, 2021 og 2025. Derudover illustreres det, om der er statistisk signifikant forskel mellem årene. Man kan således identificere, om der er grupper, der adskiller sig fra hinanden i forhold til udvikling, og hvilke grupper der har de største ændringer over tid.

Figur 3.2 viser et eksempel på en udviklingsfigur fra kapitel 11: Astma.

Figur 3.2 Læsevejledning for figur for udvikling i region
 Eksempel: Astma (Figur 11.1 i rapporten)



3.5.3 Tabeller med resultater på regions-, sundhedsråds- og kommuneniveau

Regionstabeller

I hvert sygdomskapitel opgøres forekomsten af den pågældende sygdom indledningsvist i en regionstabel.

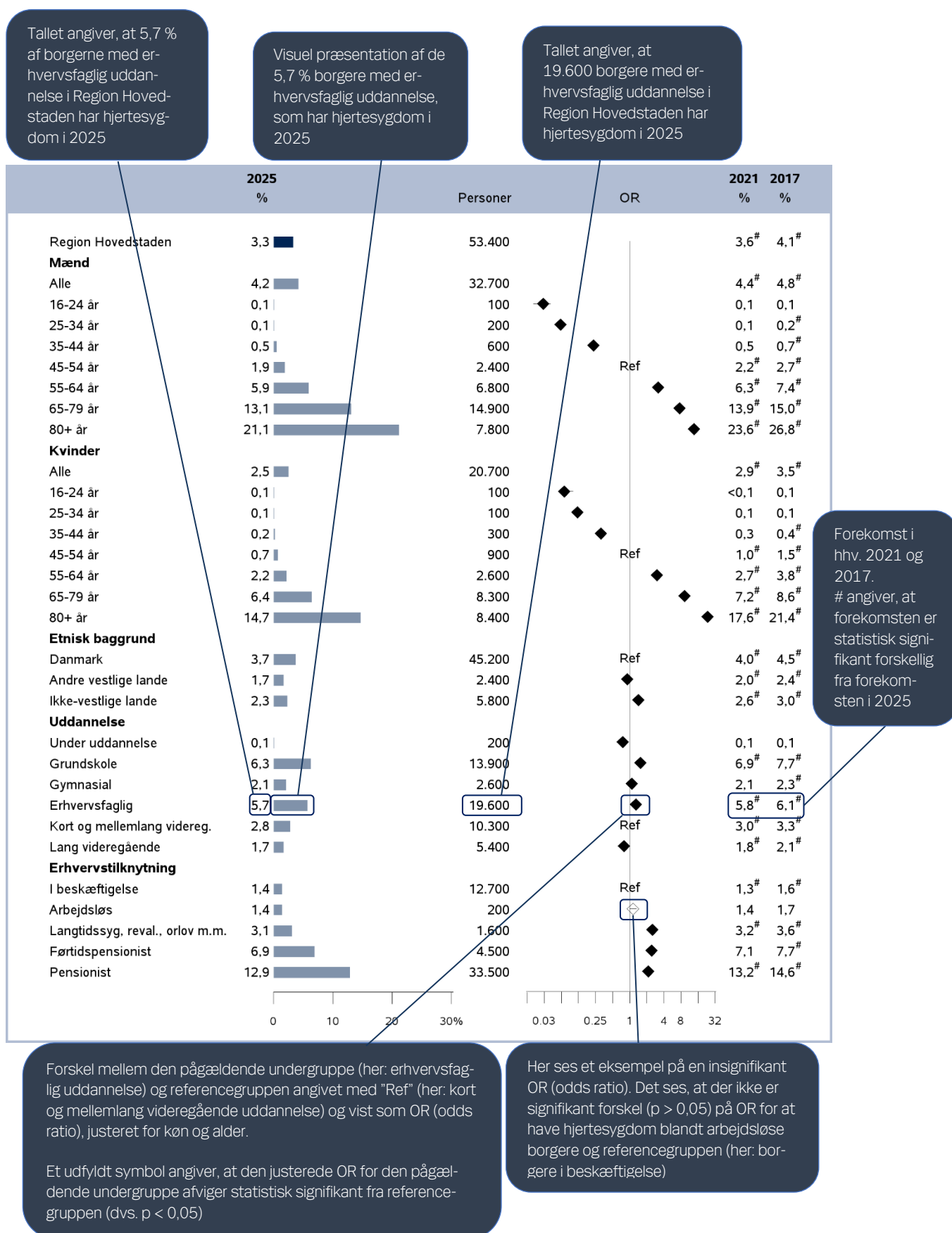
I regionstabellerne vises forekomsten på tværs af sociodemografiske faktorer (køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning og samlivsstatus), og der sættes således fokus på de befolkningsgrupper, som har den højeste og laveste forekomst af en given kronisk sygdom. Herudover indeholder regionstabellerne, så vidt det er muligt, information om forekomsten i 2017 og 2021, hvormed det illustreres, om der er sket ændringer over tid. Et eksempel på en tabel af denne type er Tabel 3.1, som også kan findes i kapitel 6: Hjertesygdom. For at øge læsevenligheden er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Det betyder, at summen af underkategorier i en regionsopgørelse ikke nødvendigvis svarer præcist til forekomsten i regionen som helhed i samme opgørelse.

Derudover vises odds ratio (OR), justeret for køn og alder, for indikatoren for den pågældende sociodemografiske gruppe sammenlignet med referencegruppen (læs mere om fortolkning af OR i afsnit 3.4). Hvis OR i en subgruppe er statistisk signifikant forskellig fra 1, markeres det med et udfyldt symbol, $\blacklozenge$. Hvis OR i en subgruppe ikke er statistisk signifikant forskellig fra 1, markeres det med et ikke-udfyldt symbol, $\lozenge$. Konfidensintervallet vises som en linje gennem symbolet. I de fleste tilfælde på regions- og sundhedsrådsniveau er konfidensintervallet dog så smalt, at det ikke er synligt, da det ligger inden for symbolets bredde.

Tabel 3.1 viser et eksempel på en regionstabel, som kan findes i kapitel 6: Hjertesygdom.

Tabel 3.1 Læsevejledning for regionstabel

Eksempel: Hjertesygdom – region (Tabel 6.1 i rapporten)



Sundhedsråds- og kommunetabeller

I hvert sygdomskapitel opgøres forekomsten af den pågældende sygdom også i en sundhedsrådstabel og i en kommunetabel.

Forekomsten af en given sygdom illustreres for hver kommune i regionen og for hver af de 10 københavnske bydele samt hvert af de geografiske områder, som de fire sundhedsråd dækker over. Til sammenligning vises forekomsten af den givne sygdom i regionen som helhed. Kommunerne er i tabellen inddelt i kommunesocialgrupper og præsenteres alfabetisk under den kommunesocialgruppe, de tilhører i 2025. Herudover indeholder sundhedsrådstabellerne og kommunetabellerne, så vidt det er muligt, information om forekomsten i 2017 og 2021, hvormed det illustreres, om der er sket ændringer over tid. Tabel 3.2 viser et eksempel på en kommunetabel, som kan findes i kapitel 6: Hjertesygdom.

Sundhedsrådstabellerne skal læses på samme vis. For at øge læsevenligheden er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Dette betyder, at tallene i en given tabel ikke nødvendigvis summer op til det samlede tal opgjort for Region Hovedstaden.

Odds ratio (OR) angiver i kommunetabellerne og i sundhedsrådstabellerne odds for en given sygdom i en kommune/et sundhedsråd i forhold til i regionen som helhed (i tabellerne benævnt "Ref"). Hvis OR er signifikant forskellig fra 1, markeres dette med et udfyldt symbol, $\blacklozenge$. Hvis OR ikke er statistisk signifikant forskellig fra 1, markeres det med et ikke-udfyldt symbol, $\lozenge$. Konfidensintervallet vises som en linje gennem symbolet.

Tabel 3.2 viser et eksempel på en kommunetabel, som kan findes i kapitel 6: Hjertesygdom.

Tabel 3.2 Læsevejledning for kommunistabel (og sundhedsrådstabel)

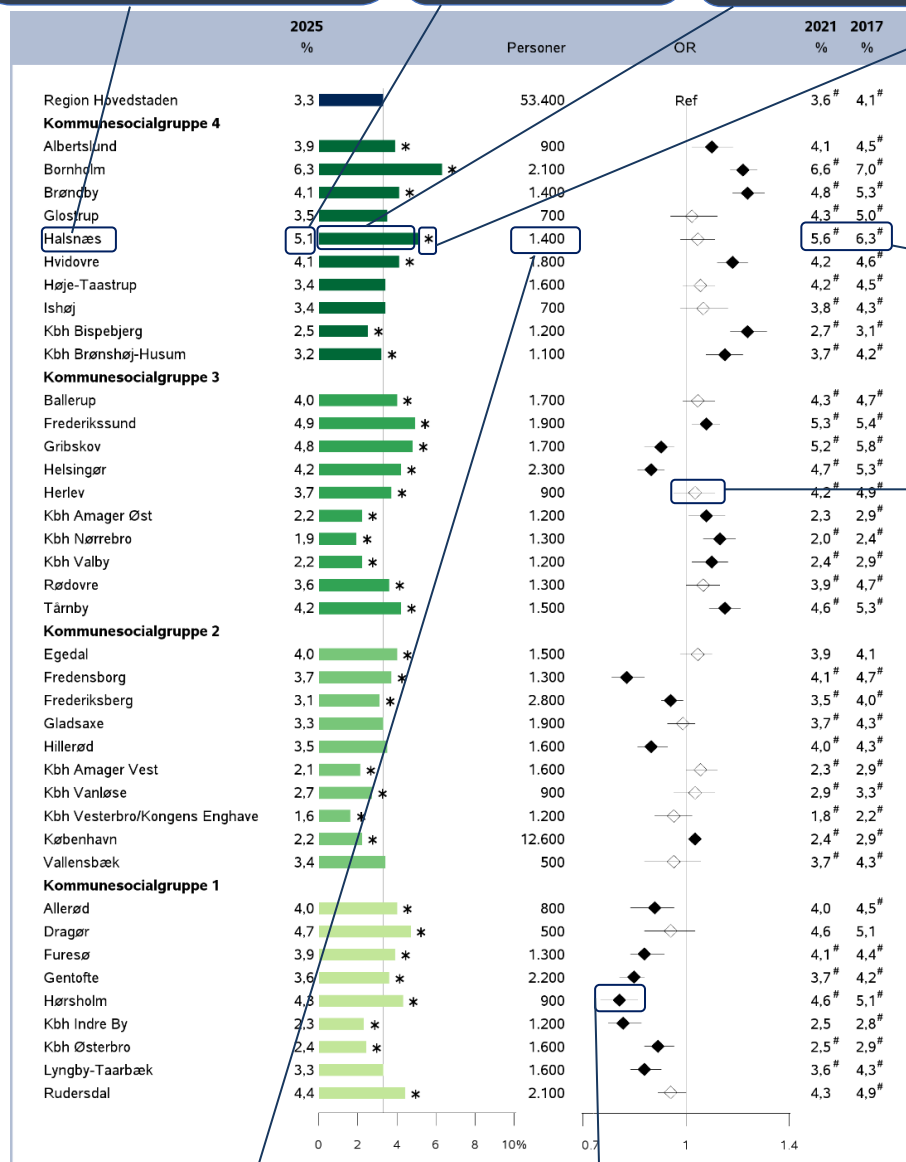
Eksempel: Forekomst af hjertesygdom – kommuner (Tabel 6.3 i rapporten)

Kommunerne er opstillet i fire kommunesocialgrupper (se kapitel 4 om demografi og socioøkonomiske forhold i Sundhedsprofil 2025 hovedrapport 1 ([link](#)) for en nærmere beskrivelse)

Tallet angiver, at 5,1 % af borgerne i Halsnæs Kommune har hjertesygdom i 2025

Visuel præsentation af de 5,1 % borgere i Halsnæs Kommune, som har hjertesygdom i 2025

* angiver, at forekomsten i kommunen er statistisk signifikant forskellig fra forekomsten i regionen samlet set, som er 3,3 %.



Forekomst i hhv. 2021 og 2017. # angiver, at forekomsten er statistisk signifikant forskellig fra forekomsten i 2025

Her ses et eksempel på en insignifikant OR (odds ratio). Det ses, at der ikke er signifikant forskel ($p > 0,05$) på OR for at have hjertesygdom blandt borgere i Herlev Kommune og i regionen som helhed når der justeres for køn og alder

Tallet angiver, at 1.400 borgere i Halsnæs Kommune har hjertesygdom i 2025

Forskel mellem den pågældende kommune eller bydel (her: Hørsholm Kommune) og regionen som helhed vist som odds ratio (OR), justeret for køn og alder. Et udfyldt symbol angiver, at den justerede OR for den pågældende kommune afviger statistisk signifikant fra regionen som helhed (dvs. $p < 0,05$)

Litteratur

1. Jensen HAR, Lau CJ, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Agreement between self-reported diseases from health surveys and national health registry data: a Danish nationwide study. *J Epidemiol Community Health*. 2022; jech-2022-219944. doi:10.1136/jech-2022-219944 PubMed PMID: 36446554.
2. Robinson KM, Lau CJ, Jeppesen M, Vind AB, Glümer C. Kroniske sygdomme: hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2012. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Documents/Kroniske_sygdomme__metoderapport.pdf
3. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
4. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>
5. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
6. Elsborg PJ; Eliassen MH; Andreassen AH; Toxværd CG; Virenfeldt GM; Holflod JF; Schubart MRH; Hendriksen IS; Marker SJV; Fredenslund, IRB; Hedensted J; Grønkjær MS. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner - Helbred, trivsel og sundhedsadfærd. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=HREGIONH-1959040906-832

Kapitel 4: Multisygdom

Multisygdom kan defineres som samtidig tilstedeværelse af to eller flere sygdomme på tværs af somatiske og psykiske diagnoser (1). Tidligere forskning har vist, at multisygdom er udbredt i Danmark, og at forekomsten stiger som følge af den generelle demografiske udvikling (1,2). Ud over en øget forekomst med alderen ses der en betydelig social ulighed i multisygdom, fx er forekomsten højest blandt borgere med grundskoleuddannelse som højeste fuldførte uddannelse (3). Multisygdom har ofte konsekvenser for den enkelte, bl.a. i form af dårligere helbred, større risiko for funktionsnedsættelse og dårligere livskvalitet. Borgere med multisygdom har samtidig et markant større behov for hjælp i hverdagen samt et større forbrug af sundhedsydelser, hvilket medfører betydelige samfundsomkostninger. Forekomsten af multisygdom stiller store krav til sundhedsvæsenet ift. koordination af forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af specialer og sektorer (1).

Forekomsten af multisygdom afhænger i høj grad af, hvordan det afgrænses – især ift. hvilke sygdomme der inkluderes i afgrænsningen, og hvordan

disse sygdomme hver især afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med multisygdom defineret ved, at de har to eller flere af de kroniske sygdomme, der er med i denne rapport, og som er afgrænset ved brug af registerdata. Definitionen af borgere med multisygdom i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor. Multisygdom var sidst med i sundhedsprofilen i Region Hovedstaden i 2017. På baggrund af efterspørgsel fra regionen og kommunerne er multisygdom blevet inkluderet igen i Sundhedsprofil 2025. I Sundhedsprofil 2017 blev multisygdom defineret som tre eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme, men idet den officielle definition fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og Sundhedsstyrelsen er to eller flere sygdomme, benyttes samme definition i denne rapport (1,4). Det er dog vigtigt at understrege, at forekomsten af multisygdom fra forskellige kilder ikke er direkte sammenlignelige, da det ofte baseres på forskellige sygdomme med forskellig afgrænsning, fx inkluderes der udelukkende selvrapporterede sygdomme i opgørelsen af multisygdom i Den Nationale Sundhedsprofil.

Definition af borgere med multisygdom i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, der har **to eller flere af nedenstående udvalgte registerbaserede kroniske sygdomme**, der er medtaget i denne rapport. Sygdommene er identificeret i registre ud fra hospitalsdiagnoser og indløsning af lægemiddelrecepter. En beskrivelse af de anvendte algoritmer til afgrænsning af de specifikke sygdomme kan ses under hver sygdom i rapporten.

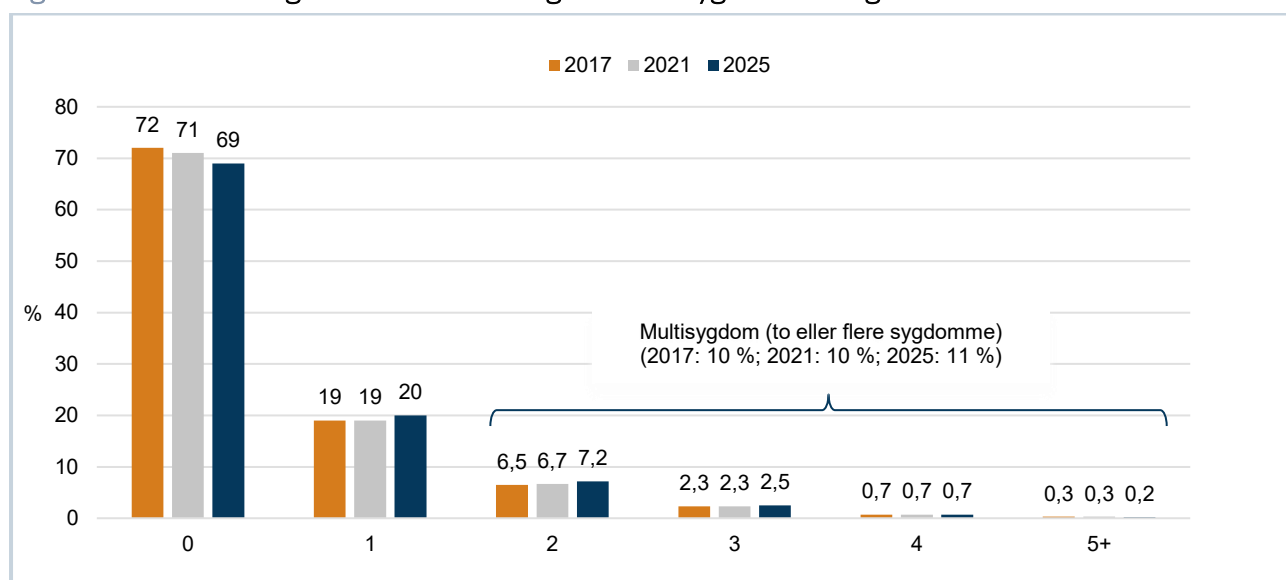
Sygdomme benyttet til opgørelse af multisygdom:

- Type 1-diabetes
- Type 2-diabetes
- Hjertesygdom
- Apopleksi
- Demens
- Kræft
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Astma
- Knogleskørhed
- Inflammatorisk ledsygdom
- Depression
- Angst
- ADHD
- Autisme

Figur 4.1 viser andelen af Region Hovedstadens borgere, der har hhv. 0, 1, 2, 3, 4 eller 5+ af de udvalgte registerbaserede kroniske sygdomme. I 2025 ses det, at 69 % af regionens borgere ikke har nogen af de udvalgte kroniske sygdomme, mens hver femte borger har én sygdom (20 %). Forekomsten af multisygdom (to eller flere sygdomme) er 11 % i 2025, hvoraf flest har to (7,2 %) eller tre (2,5 %) sygdomme. Når man ser på udviklingen siden 2017,

ses det, at forekomsten af borgere, der ikke har nogen sygdomme, er faldet. Derudover ses det, at forekomsten af hhv. én sygdom og to eller flere sygdomme (multisygdom) er steget, hvor det for multisygdom især er andelen af borgere med to sygdomme, der er steget, mens andelen af borgere med fire eller flere sygdomme stort set er uændret over årene.

Figur 4.1 Andelen af borgere med flere samtidige kroniske sygdomme i Region Hovedstaden



Sygdomme inkluderet i definitionen af multisygdom: type 1-diabetes, type 2-diabetes, hjertesygdom, apopleksi, demens, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma, knogleskørhed, inflammatorisk ledsygdom, depression, angst, ADHD og autisme.

Forekomst af multisygdom – region

I 2025 har 11 % af regionens borgere multisygdom (to eller flere sygdomme), svarende til 170.400 personer (Tabel 4.1).

Køn og alder: Andelen af borgere, der har multisygdom, er større blandt kvinder (12 %) end blandt mænd (9 %). Andelen er mindst blandt de 16-44-årige (mænd: 3-4 %; kvinder: 6-7 %), hvorefter andelen stiger med stigende alder. Således ses den største andel blandt de 80+ årige (mænd: 33 %; kvinder: 36 %).

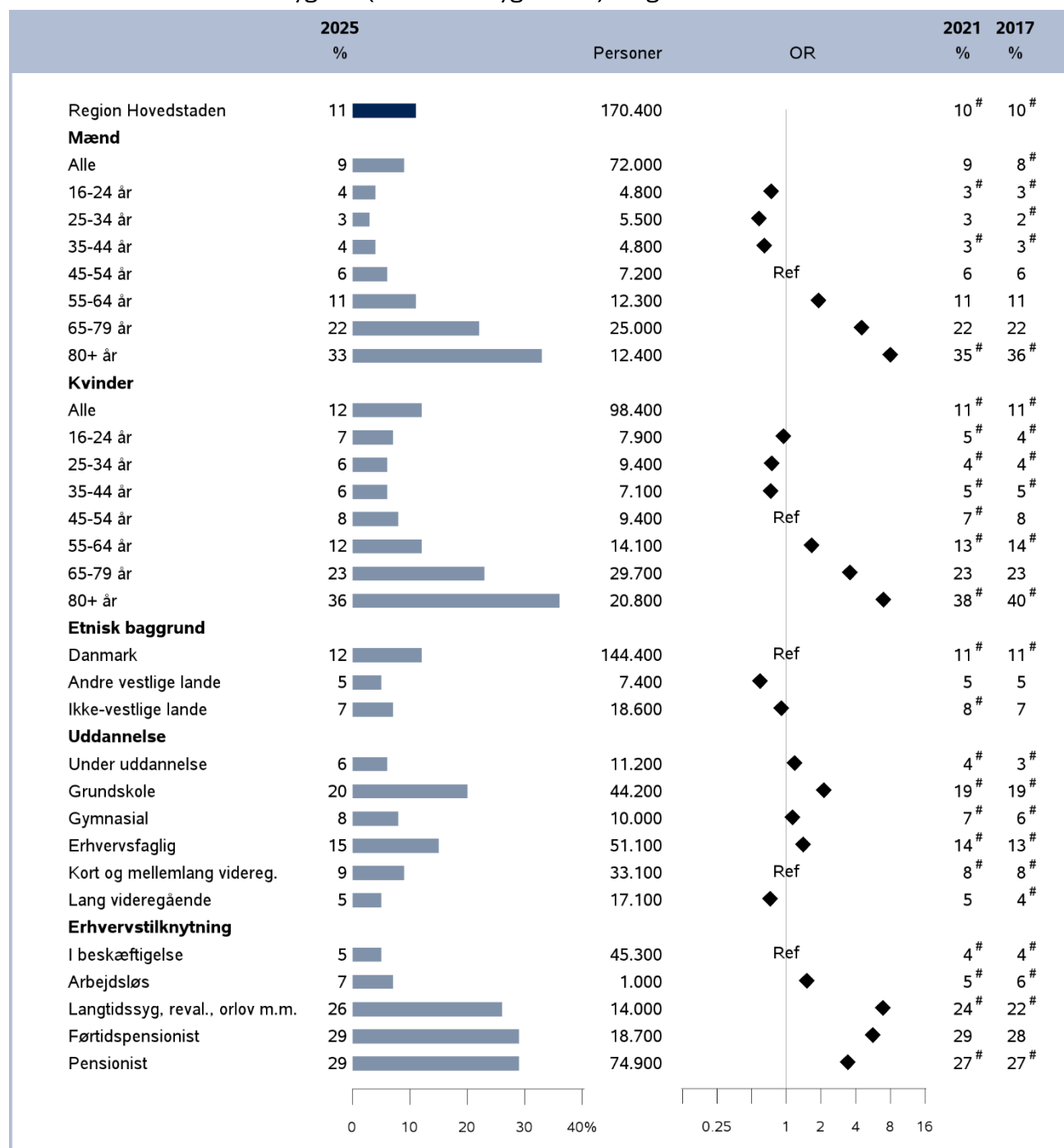
Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der har multisygdom, er størst blandt borgere med dansk baggrund (12 %) og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund (5 %).

Uddannelse: Der ses en tendens til, at andelen af borgere, der har multisygdom, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Den største andel ses således blandt borgere med grundskoleuddannelse, hvor hver femte borger har to eller flere kroniske sygdomme (20 %), og den mindste andel ses blandt borgere med lang videregående uddannelse (5 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der højere OR blandt borgere under uddannelse end blandt borgere, der har en kort eller mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der har multisygdom, er størst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet og især blandt langtidssyge borgere, førtidspensionister og pensionister (26-29 %). Den mindste andel ses blandt borgere i beskæftigelse (5 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses den højeste OR blandt langtidssyge borgere.

Udvikling: I regionen som helhed er der sket en mindre stigning i andelen af borgere, der har multisygdom, fra 10 % i 2021 til 11 % i 2025, efter at der ikke var nogen ændring i andelen fra 2017 til 2021 (Tabel 4.1; Figur 4.2). I lidt over halvdelen af de sociodemografiske grupper ses ligeledes mindre stigninger fra 2021 til 2025, og der ses for en del af grupperne også mindre stigninger fra 2017 til 2025. De største stigninger fra 2017 til 2025 ses blandt langtidssyge borgere, 16-24-årige kvinder og borgere under uddannelse. I enkelte grupper ses der begrænsede ændringer over årene eller fald i andelen, fx ses der et gradvist fald fra 2017 til 2025 blandt 80+ årige mænd og kvinder, mens der ikke ses ændringer over årene blandt 45-79-årige mænd.

Tabel 4.1 Forekomst af multisygdom (to eller flere sygdomme) – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

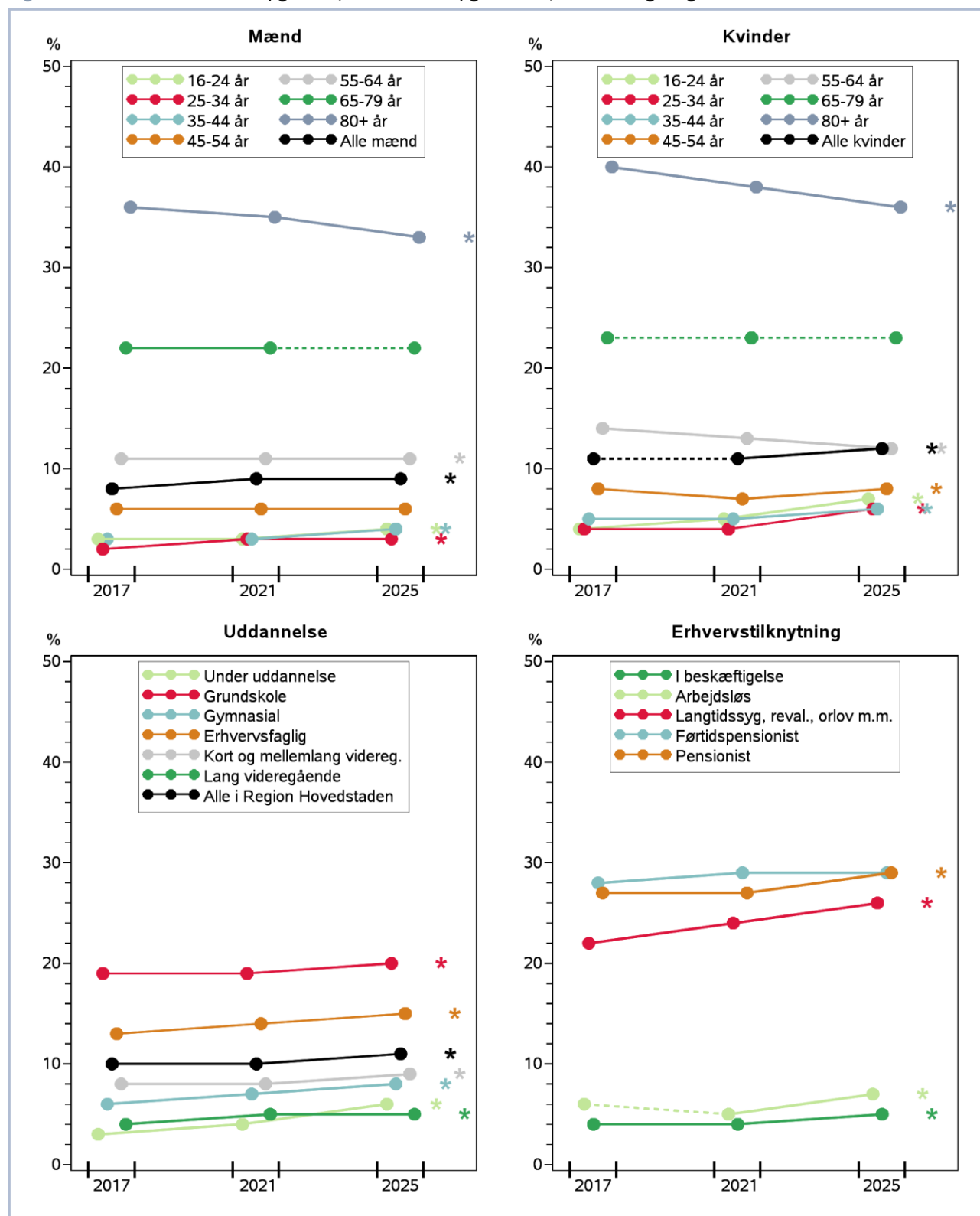
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 4.2 Forekomst af multisygdom (to eller flere sygdomme) – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomstene er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel på forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af multisygdom – sundhedsråd

Andelen af borgere, der har multisygdom (to eller flere sygdomme), varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 9 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 13 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 4.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en mindre andel i Sundhedsråd Hovedstaden og en større andel i Sundhedsråd Amager og Vestegnen og Sundhedsråd Nordsjælland, mens andelen i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord ligger på niveau med regionen samlet set. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig i imidlertid, så der ses en lavere OR for at have to eller flere kroniske

sygdomme i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord sammenlignet med regionen som helhed, mens der ikke ses en forskel på OR i Sundhedsråd Nordsjælland og i regionen samlet set.

Udvikling: I Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2017 og 2021 til 2025 i andelen af borgere, der har multisygdom. I de tre øvrige sundhedsråd ses mindre stigninger fra 2017 og/eller 2021 til 2025. Den største stigning ses i Sundhedsråd Nordsjælland, hvor andelen er steget gradvist fra 11 % i 2017 til 13 % i 2025.

Tabel 4.2 Forekomst af multisygdom (to eller flere sygdomme) – sundhedsråd

	2025 %		Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	11		170.400	Ref	10 [#]	10 [#]
Sundhedsråd						
Hovedstaden	9	*	62.000	◆	8 [#]	8 [#]
Amager og Vestegnen	12	*	29.500	◆	12	12
Københavns Omegn Nord	11		43.400	◆	11	10 [#]
Nordsjælland	13	*	35.500	◇	12 [#]	11 [#]

Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

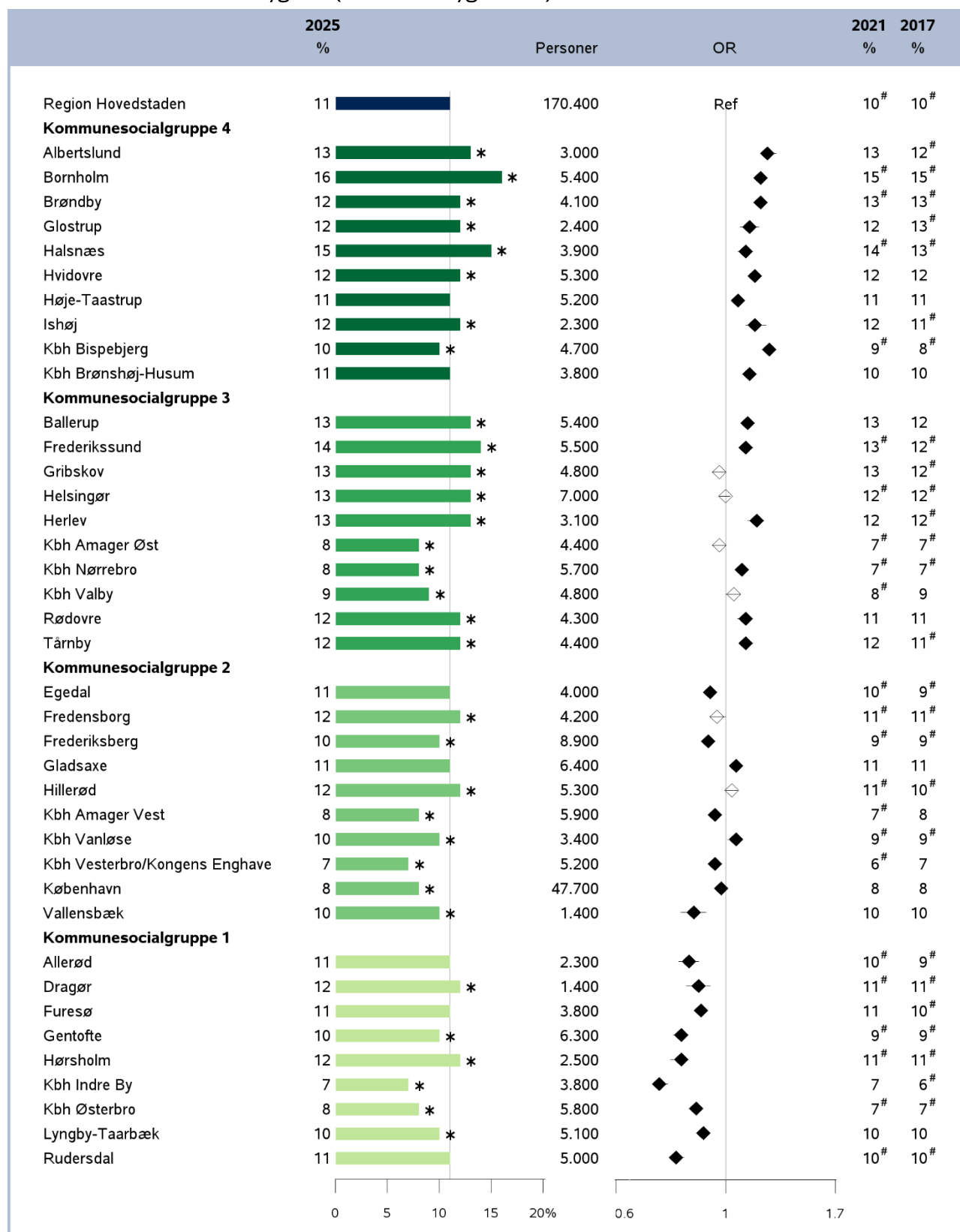
Forekomst af multisygdom – kommuner

Andelen af borgere, der har multisygdom (to eller flere sygdomme), varierer på tværs af kommuner og bydele fra 7 % i bydelene Vesterbro/Kongens Engshave og Indre By til 16 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 4.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, hvor andelen i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 er større end i regionen som helhed og mindre i kommunesocialgruppe 1. Denne tendens bliver tydeligere, når der ses på OR justeret for køn og alder. Derudover ses der også en tendens til, at der er mindre andele i Københavns og Frederiksberg kommuner samt de københavnske bydele

sammenlignet med andelen i regionen som helhed. Denne tendens ses dog ikke, når man ser på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I over halvdelen af kommunerne og bydelene ses mindre stigninger i andelen af borgere, der har multisygdom, fra 2017 til 2025, som i de fleste tilfælde skyldes en stigning fra 2021 til 2025. I flere kommuner ses begrænsede og ikke signifikante ændringer over årene, mens der i Brøndby og Glostrup kommuner ses et mindre fald i andelen fra 2017 til 2025.

Tabel 4.3 Forekomst af multisygdom (to eller flere sygdomme) – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95%-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/3sgh2sr4/anbefalinger-for-organisering-af-forloeb-for-mennesker-med-multisygdom_170523.pdf
2. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng. 2017. Tilgængelig hos: https://danskepatienter.dk/files/media/Publicationer%20-%20Eksterne/A_Danske%20Patienter%20%28eksterne%29/hvidbog_multisygdom.pdf
3. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, m.fl. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025. København: Syddansk Universitet Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2026. Tilgængelig hos: file:///C:/Users/IHEN0035/Downloads/Den_nationale_sundhedsprofil_2025.pdf
4. World Health Organization. Technical Series on Safer Primary Care: Multimorbidity [internet]. [Henvist 31. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>

Kapitel 5: Diabetes

Diabetes er en betegnelse for sygdomme, som påvirker blodsukkeret pga. nedsat insulinproduktion og/eller nedsat effekt af insulin (1). Diabetes inddeles oftest i type 1-diabetes og type 2-diabetes, men der findes også andre typer, fx graviditetsbettinget diabetes (1). Type 1-diabetes (ca. 9 % af tilfældene) er en autoimmun sygdom, som primært karakteriseres ved insulinmangel, fordi de insulinproducerende celler er ødelagt (2,3). Type 2-diabetes (ca. 89 % af tilfældene) karakteriseres ved en kombination af, at evnen til at udnytte insulin er nedsat, og at kroppen ikke kan producere nok insulin til det øgede behov (2,4). Type 1-diabetes diagnosticeres hyppigst hos børn og unge voksne (under 35 år), mens type 2-diabetes ofte først udvikles senere i livet. Begge typer diagnosticeres dog i alle aldre (1).

Forekomsten af diabetes afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med diabetes identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med diabetes ud fra oplysninger om diabetesdiagnose i hospitalsregi og/eller behandling for diabetes med medicin. Oplysningerne fås fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (5). Ved at benytte RUKS i Sundhedsprofil 2025 opnås resultater, der er mere sammenlignelige med opgørelser fra andre steder, fx Sundhedsdatabanken (6).

Afgrænsningen af diabetes i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021, hvor der blev benyttet en algoritme udviklet af teamet bag sundhedsprofilen i samarbejde med det Sundhedsfaglige Råd for Endokrinologi i Region Hovedstaden. En betydelig forskel fra 2021 er, at der i Sundhedsprofil 2025 skelnes mellem diabetes type 1 og type 2 i opgørelserne, dvs. at de to typer opgøres hver for sig. Dette er en forbedring, da type 1- og type 2-diabetes er to forskellige sygdomme med forskellige symptomer og forskellig sygdomsprogression, og det er derfor vigtigt at se på dem hver for sig (1). Afgrænsningen af diabetes i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra afgrænsningen i Den Nationale Sundhedsprofil, hvor der bruges selvrapporterede oplysninger fra spørgeskema og der derudover spørges ind til sukkersyge (diabetes). Det skal nævnes, at der forventes en mindre underestimering af prævalensen i 2025, da den er opgjort pr. 1/11 2024 grundet forsinkelser i opdateringen af RUKS. Personer, der har fået konstateret diabetes i de sidste to måneder af 2024, vil derfor ikke indgå som havende diabetes. For 2017 og 2021 er forekomsten opgjort pr. 1/1 det pågældende år. Afgrænsningen af diabetes type 1 og type 2 i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

Definition af borgere med type 1-diabetes og type 2-diabetes i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som er registreret med hhv. type 1- og type 2-diabetes i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), opdateret 1. november 2024.

I RUKS defineres først en samlet diabetespopulation, der derefter klassificeres i hhv. type 1- og type 2-diabetes (5):

Samlet diabetespopulation:

Alle borgere, som inden for de seneste 10 år har haft mindst to relevante aktions- eller bidiagnoser ved sygehuskontakter og/eller har mindst to receptkøb (på forskellige datoer) i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) for medicin godkendt til hhv. type 1- og type 2-diabetes.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i Landspatientregisteret (LPR):

- E10 (type 1-diabetes)
- E11 (type 2-diabetes)

Lægemidler med følgende ATC-koder i LSR:

Lægemidler godkendt til type 1-diabetes:

- A10A (Insulin og insulinanaloger) undtagen A10AE54 (kombinationslægemidler med GLP-1-analoger + insuliner: lixisenatid og insulin glargin) samt A10AE56 (liraglutid og insulin degludec)

Lægemidler godkendt til type 2-diabetes:

- A10B (lægemidler til sænkning af blodsukkeret, ekskl. insuliner) undtagen A10BJ (GLP-1-analoger) samt A10BK01 (dapagliflozin) og A10BK03 (empagliflozin)

Inddeling i type 1- og type 2-diabetes:

- Borgere inddeles i type 1- og type 2-diabetes ud fra diagnose og lægemiddelgruppe. For den præcise inddeling henvises til dokumentation fra RUKS (5)

Eksklusion: Kvinder udelukkende i behandling med metformin med tegn på PCOS. Kvinder med kode for graviditetsdiabetes og kun registreret med antidiabetika i LSR inden for 280 dage før og efter kontakt med graviditetsdiabetes.

ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

5.1 Type 1-diabetes

Forekomst af type 1-diabetes – region

I 2025 har 0,5 % af borgerne i Region Hovedstaden type 1-diabetes, svarende til 8.400 personer (Tabel 5.1).

Køn og alder: Forekomsten af type 1-diabetes er en anelse højere blandt mænd (0,6 %) end blandt kvinder (0,4 %). Forekomsten varierer kun en anelse med alderen (mænd: 0,5-0,8 %; kvinder: 0,3-0,5 %).

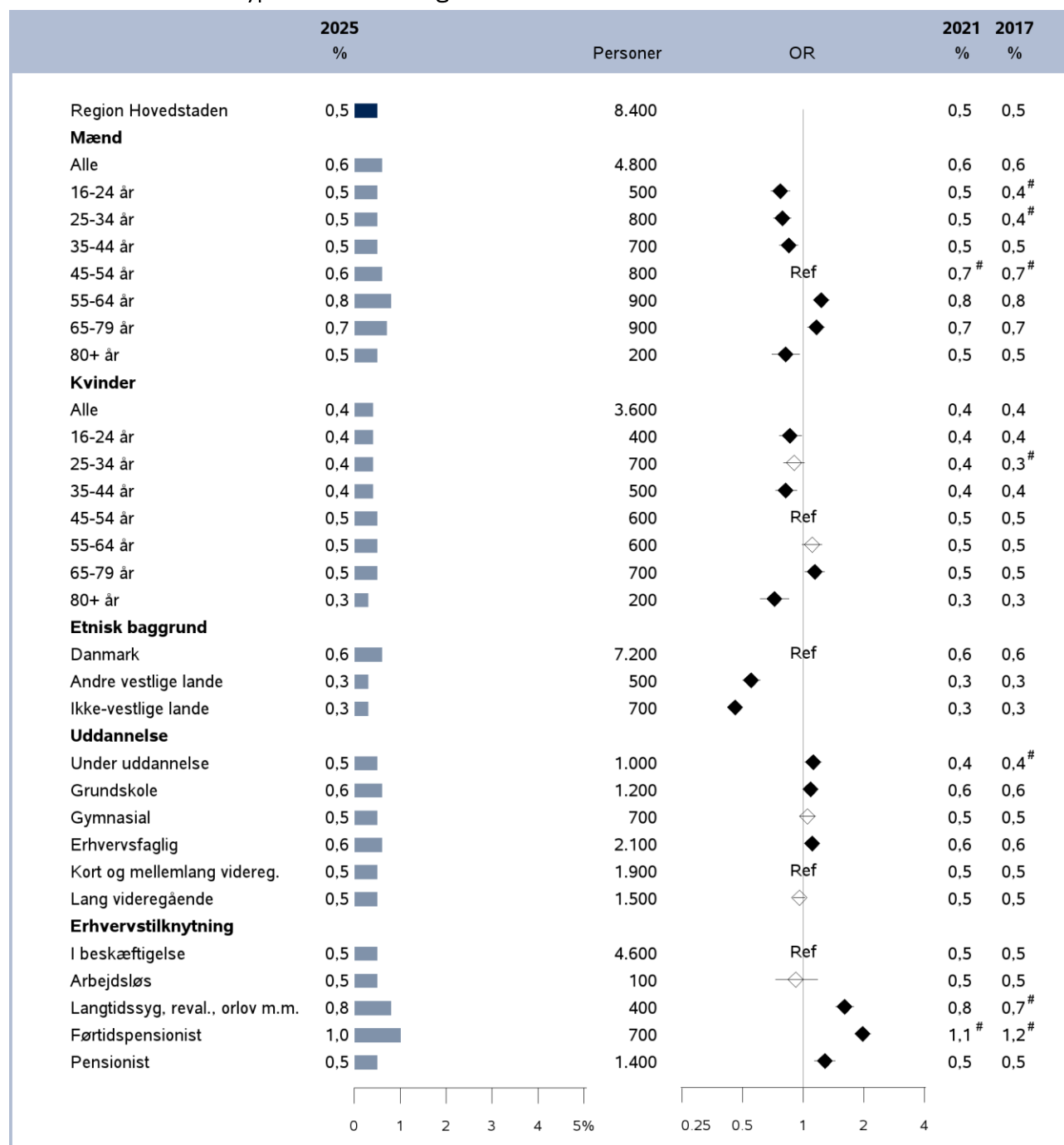
Etnisk baggrund: Forekomsten af type 1-diabetes er højere blandt borgere med dansk baggrund (0,6 %) end blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund (begge 0,3 %).

Uddannelse: Der ses kun begrænset men stadig statistisk signifikant variation i forekomsten af type 1-diabetes på tværs af uddannelsesgrupper. Det samme gælder, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af type 1-diabetes er højere blandt førtidspensionister (1,0 %) og langtidssyge borgere (0,8 %) end blandt øvrige erhvervstilknytningsgrupper (alle 0,5 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, er OR for type 1-diabetes dog signifikant højere blandt pensionister end blandt borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed ses begrænset og ikke signifikant variation i forekomsten af type 1-diabetes fra 2017 til 2025 (Tabel 5.1; Figur 5.1). Det samme gælder størstedelen af de sociodemografiske grupper. Der ses dog en meget begrænset, men signifikant stigning i enkelte grupper, mens forekomsten er faldet en anelse blandt førtidspensionister.

Tabel 5.1 Forekomst af type 1-diabetes – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

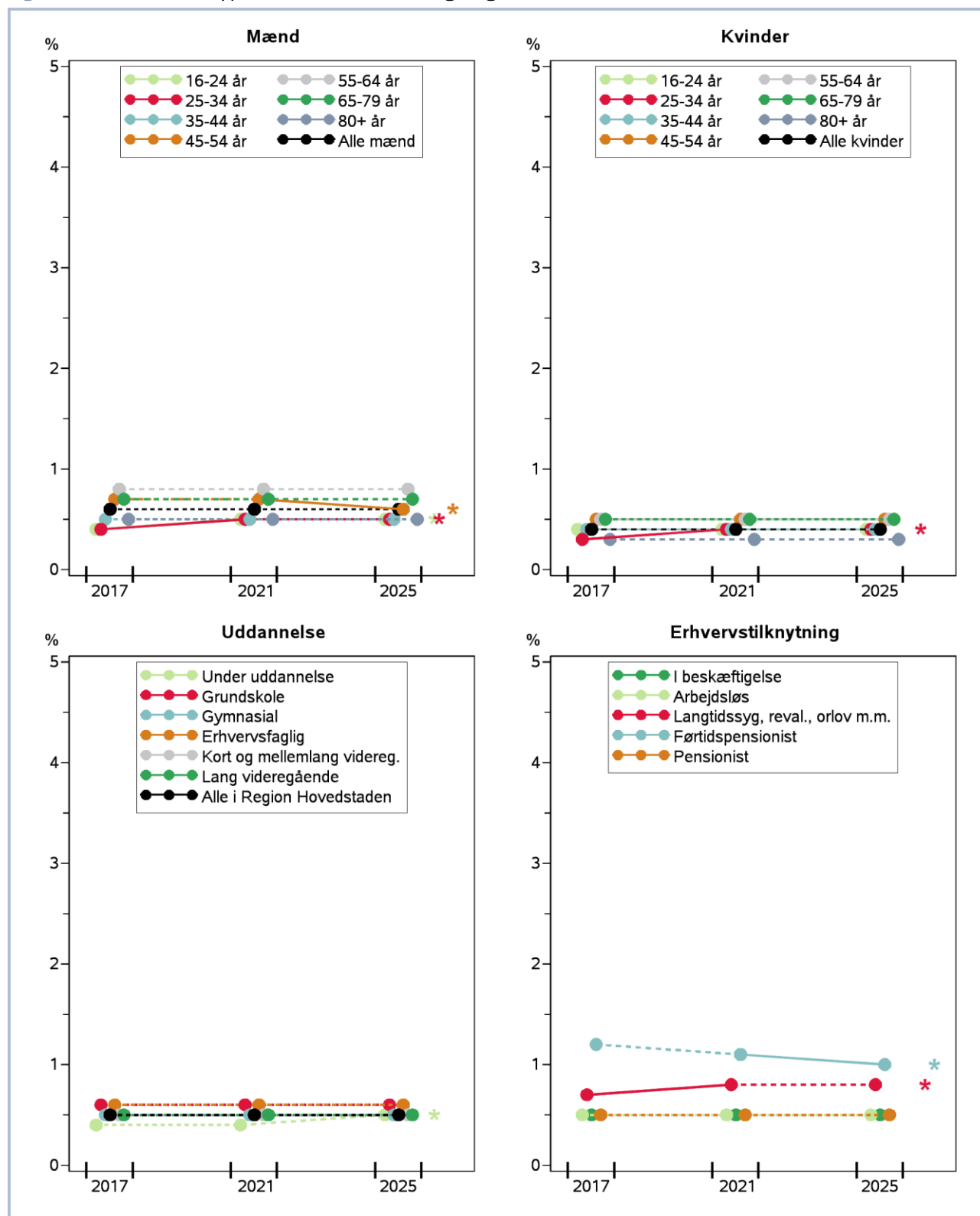
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 5.1 Forekomst af type 1-diabetes – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af type 1-diabetes – sundhedsråd

Der er begrænset variation i forekomsten af type 1-diabetes på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd (Tabel 5.2). Forekomsten i Sundhedsråd Nordsjælland er signifikant højere end i regionen som helhed, men forskellen er lille. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses det, at OR for type 1-diabetes er en anelse lavere i Sundhedsråd Hovedstaden og en anelse højere i Sundhedsråd Nordsjælland sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: I alle sundhedsråd ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af type 1-diabetes fra 2017 til 2025 ligesom i regionen som helhed.

Tabel 5.2 Forekomst af type 1-diabetes – sundhedsråd

	2025 %	Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	0,5	8.400	Ref	0,5	0,5
Sundhedsråd					
Hovedstaden	0,5	3.400	◆	0,5	0,5
Amager og Vestegnen	0,5	1.200	◇	0,5	0,5
Københavns Omegn Nord	0,5	2.100	◇	0,5	0,5
Nordsjælland	0,6 *	1.700	◆	0,6	0,6

Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

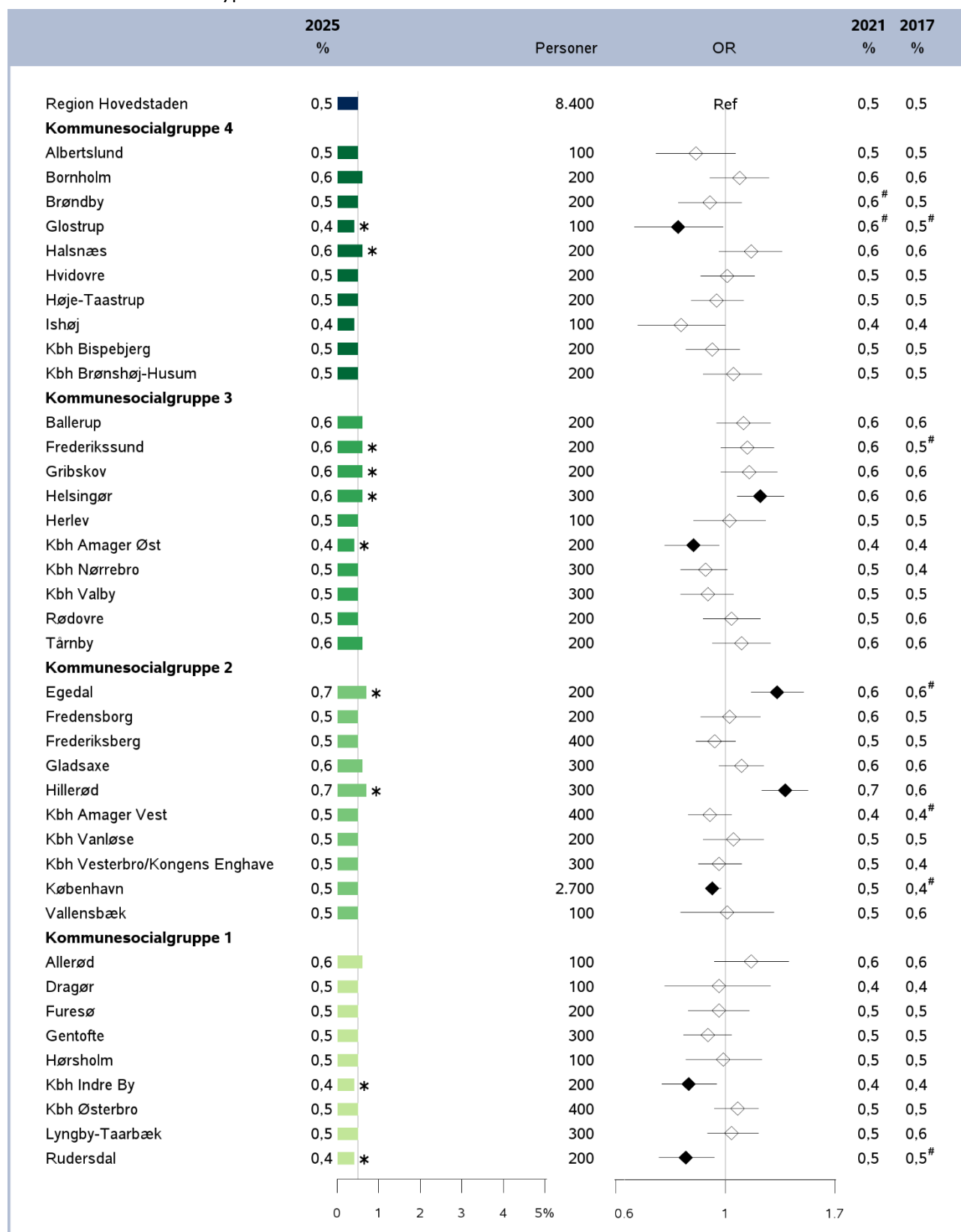
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025

Forekomst af type 1-diabetes – kommuner

Der ses begrænset variation i forekomsten af type 1-diabetes på tværs af kommuner og bydele fra 0,4 % i Glostrup, Ishøj og Rudersdal kommuner samt bydelene Indre By og Amager Øst til 0,7 % i Egedal og Hillerød kommuner (Tabel 5.3). Der ses ikke tegn på en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: Der ses en begrænset ændring i forekomsten af type 1-diabetes på tværs af kommuner og bydele. I enkelte kommuner og bydele ses en signifikant, men meget begrænset ændring fra 2017 til 2025. I Glostrup Kommune er forekomsten dog faldet fra 0,6 % i 2021 til 0,4 % i 2025.

Tabel 5.3 Forekomst af type 1-diabetes – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

5.2 Type 2-diabetes

Forekomst af type 2-diabetes – region

I 2025 har 4,8 % af borgerne i Region Hovedstaden type 2-diabetes, svarende til 76.800 personer (Tabel 5.4).

Køn og alder: Forekomsten af type 2-diabetes er højere blandt mænd (5,5 %) end blandt kvinder (4,1 %). Dette gælder især for de 45+ årige borgere. For begge køn stiger forekomsten med alderen, og den er således højest blandt de 80+ årige (mænd: 17,1 %; kvinder 11,3 %) og lavest blandt de 16-24-årige (mænd: 0,1 %; kvinder: 0,2 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af type 2-diabetes er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (7,4 %), dernæst blandt borgere med dansk baggrund (4,5 %), og den er lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund (2,1 %).

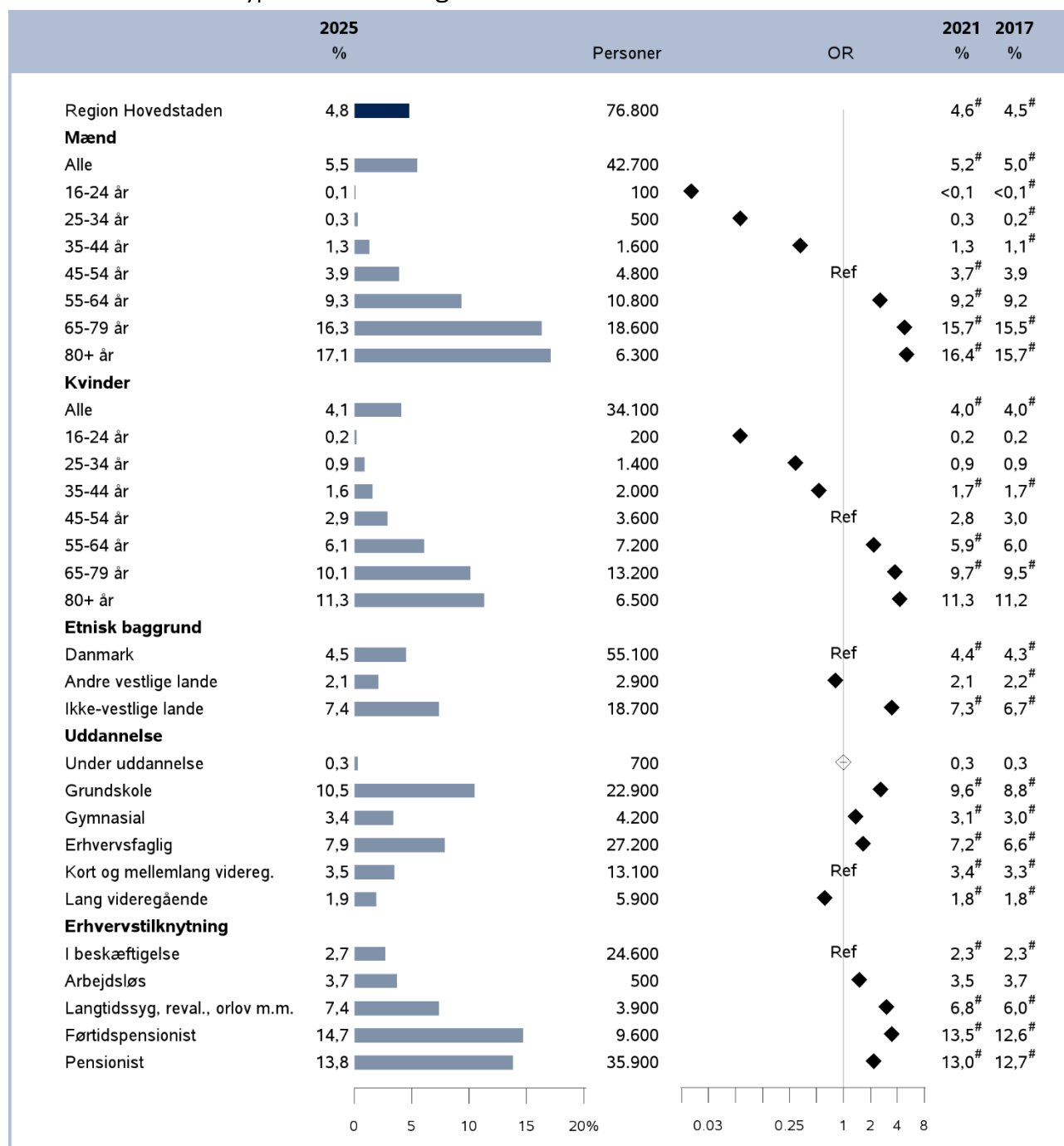
Uddannelse: Forekomsten af type 2-diabetes falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Den er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (10,5 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,9 %). Den laveste forekomst ses dog blandt borgere under uddannelse (0,3 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og

alder, er der dog ikke forskel mellem borgere under uddannelse og borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse, mens borgere med gymnasial uddannelse har en højere OR for type 2-diabetes sammenlignet med borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af type 2-diabetes er højest blandt førtidspensionister (14,7 %) og pensionister (13,8 %) og lavest blandt borgere i beskæftigelse (2,7 %). Når der ses på OR for type 2-diabetes justeret for køn og alder, ses de højeste OR dog blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister.

Udvikling: I regionen som helhed ses en gradvis mindre stigning i forekomsten fra 4,5 % i 2017 til 4,8 % i 2025 (Tabel 5.4; Figur 5.2). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses ligeledes en stigning i forekomsten fra 2017 til 2025, hvor stigningen i flere tilfælde er sket gradvist. Blandt kvinder ses dog kun en stigning blandt de 65-79-årige, mens der i de øvrige aldersgrupper ses begrænsede ændringer. De største stigninger i forekomsten fra 2017 og 2021 til 2025 ses blandt borgere med grundskoleuddannelse og førtidspensionister.

Tabel 5.4 Forekomst af type 2-diabetes – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

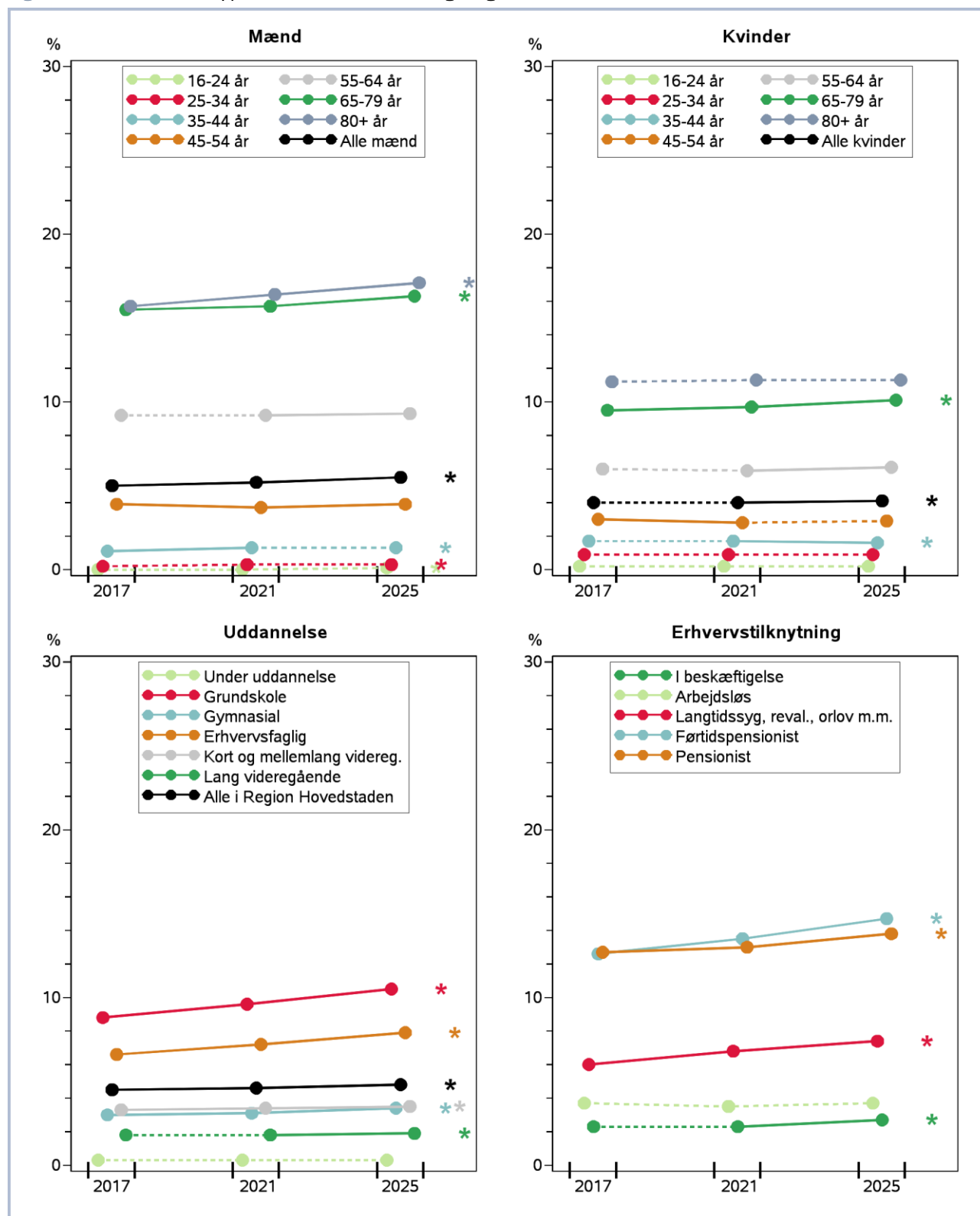
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 5.2 Forekomst af type 2-diabetes – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af type 2-diabetes – sundhedsråd

Forekomsten af type 2-diabetes varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 3,6 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 7,0 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen (Tabel 5.5). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og en højere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen og Sundhedsråd Nordsjælland. Når der ses på OR justeret for køn og alder, er OR dog kun højere i Sundhedsråd Amager og Vestegnen end i regionen som helhed, mens OR er lavere i de tre øvrige sundhedsråd.

Udvikling: I Sundhedsråd Hovedstaden er forekomsten af type 2-diabetes ikke ændret signifikant fra 2017 til 2025, mens der fra 2021 til 2025 ses en meget lille stigning i forekomsten. I de øvrige tre sundhedsråd ses en gradvis mindre stigning i forekomsten fra 2017 til 2025 ligesom i regionen som helhed. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Nordsjælland.

Tabel 5.5 Forekomst af type 2-diabetes – sundhedsråd

	2025 %	Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	4,8	76.800	Ref	4,6 [#]	4,5 [#]
Sundhedsråd					
Hovedstaden	3,6 *	25.100	◆	3,5 [#]	3,6
Amager og Vestegnen	7,0 *	17.500	◆	6,7 [#]	6,4 [#]
Københavns Omegn Nord	4,7 *	18.000	◆	4,5 [#]	4,4 [#]
Nordsjælland	5,8 *	16.100	◆	5,5 [#]	5,1 [#]

0 2 4 6 8 10% 0.6 1 1.7

Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref).

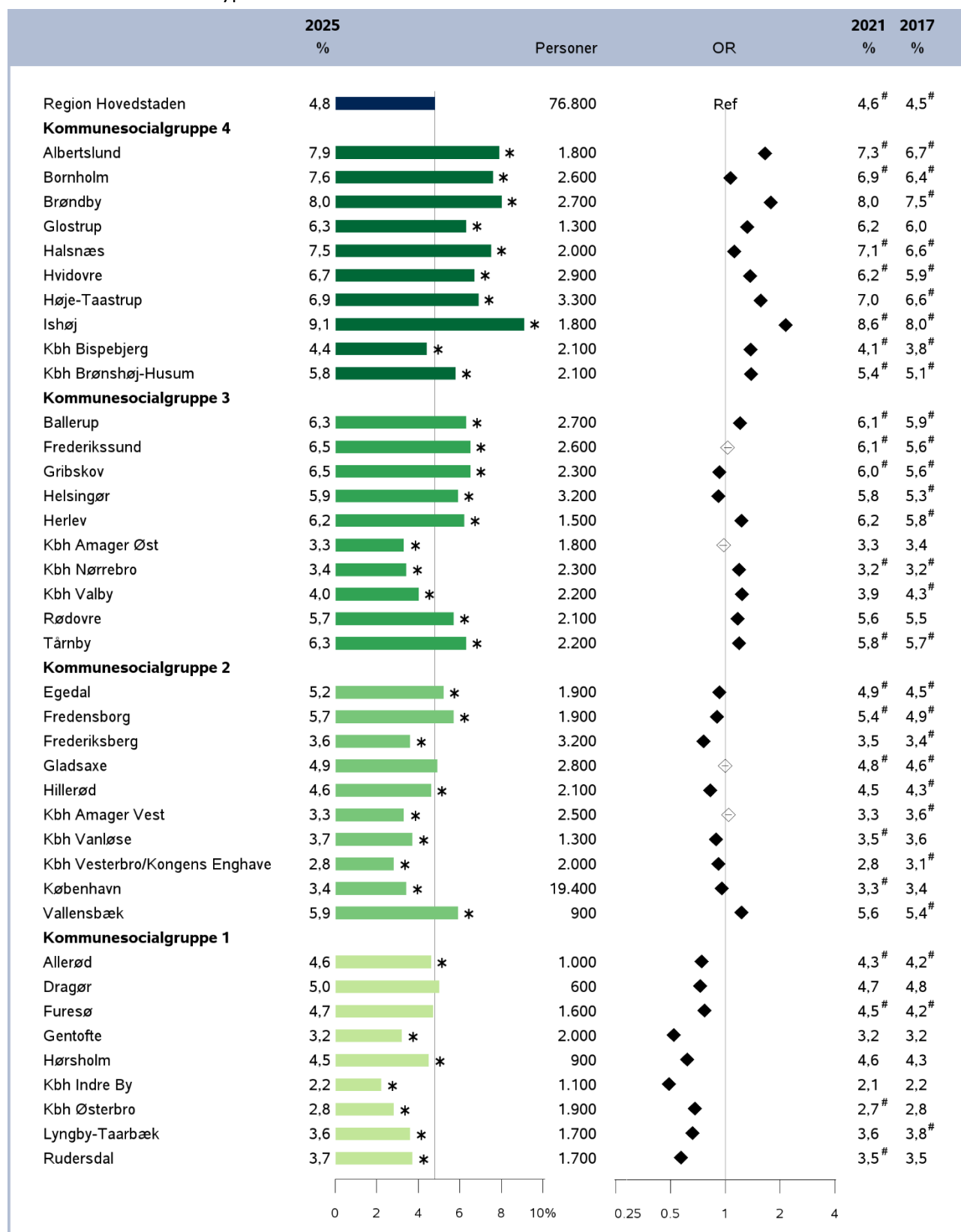
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025

Forekomst af type 2-diabetes – kommuner

Forekomsten af type 2-diabetes varierer på tværs af kommuner og bydele fra 2,2 % i bydelen Indre By til 9,1 % i Ishøj Kommune (Tabel 5.6). Der ses en tydelig social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, hvor forekomsten er højere end i regionen som helhed i størstedelen af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 4 og 3, mens den er lavere i næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1. Når der ses på OR justeret for køn og alder, bliver den sociale gradient endnu tydeligere – således er OR for type 2-diabetes højere end i regionen som helhed i alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4, mens den er lavere i alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er forekomsten af type 2-diabetes steget gradvist fra 2017 til 2025 i størstedelen af kommunerne og bydelene i regionen. Det gælder særligt kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4, men også i kommunesocialgruppe 3 og 2, mens forekomsten kun er steget fra 2017 til 2025 i to kommuner i kommunesocialgruppe 1. De største stigninger fra 2017 og 2021 til 2025 ses i Albertslund Kommune og Bornholms Regionskommune. I enkelte kommuner og bydele ses et mindre fald fra 2017 til 2025, som skyldes et fald fra 2017 til 2021.

Tabel 5.6 Forekomst af type 2-diabetes – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S27–49.doi:10.2337/dc25-S002
2. Videncenter for Diabetes. Diabetes i tal [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>
3. Videncenter for Diabetes. Hvad er type 1-diabetes? [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/hvad-er-type-1-diabetes>
4. Videncenter for Diabetes. Hvad er type 2-diabetes? [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/hvad-er-type-2-diabetes>
5. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
6. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Kapitel 6: Hjertesygdom

Hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme i hjertet (1). I Sundhedsprofil 2025 dækker hjertesygdom over forekomsten af iskæmisk hjertesygdom (fx blodprop i hjertet, hjertekrampe og kronisk iskæmisk hjertesygdom) samt hjertesvigt. Ved iskæmisk hjertesygdom er de blodårer, der forsyner hjertet med blod, forsnævret (2). Ved hjertesvigt er hjertet ikke i stand til at pumpe blod nok rundt i kroppen (3).

Forekomsten af hjertesygdom afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med hjertesygdom identificeret ud fra, om de har fået en diagnose for hjertesygdom i hospitalsregi eller er blevet behandlet for hjertesygdom

med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedeldatabasen. Definitionen af borgere med hjertesygdom i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor. I Sundhedsprofil 2025 er der sammenlignet med Sundhedsprofil 2021 tilføjet yderligere to medicin-koder mod hjertesvigt (ATC-koder) til afgrænsningen efter anbefalinger fra det Sundhedsfaglige Råd for Kardiologi (Hjertesygdomme) i Region Hovedstaden. Afgrænsningen af hjertesygdom i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra Den Nationale Sundhedsprofil inkl. danskernessundhed.dk, hvor forekomst af hjertekrampe og blodprop i hjertet opgøres på baggrund af spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne.

Definition af borgere med hjertesygdom i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller inden for en 12-måneders periode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med en eller flere af nedenstående ATC-koder i Lægemedeldatabasen (LMBD).

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- I20, I21, I23, I24, I25 (iskæmiske hjertesygdomme, fx hjertekrampe (angina pectoris), blodprop i hjertet og kronisk iskæmisk hjertesygdom)
- I11.0, I13.0, I13.2, I42.0, I42.2, I42.6-I42.9, I50 (hjertesvigt)

Kriterier for medicin, hvor én eller flere af nedenstående skal være opfyldt:

- Lægemedelkøb med følgende ATC-koder i LMDB, hvor indikationskode 430 (mod hjertesvigt) er tilknyttet:
 - C03 (diuretika)
 - C07 (betablokkere)
 - C09A (ACE-hæmmere)
 - C09CA (angiotensin II-receptorblokkere)
 - C09DX04 (sacubitril/valsartan)
 - A10BK (sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitorer (SGLT2-hæmmere))
- Lægemidler med følgende ATC-koder i LMDB:
 - C01A, C01B, C01D, C01E (hjerteglykosider, midler mod uregelmæssig hjerterytme eller hjertekrampe og andre midler til hjerteterapi)

LPR: Landspatientregisteret. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en somatisk eller psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra både LPR2, LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

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

Forekomst af hjertesygdom – region

I 2025 har 3,3 % af borgerne i Region Hovedstaden en hjertesygdom, svarende til 53.400 personer (Tabel 6.1)

Køn og alder: Forekomsten af hjertesygdom er højere blandt mænd (4,2 %) end blandt kvinder (2,5 %). For begge køn stiger forekomsten med stigende alder fra 35-årsalderen, og forekomsten er således klart højest blandt de 80+ årige (mænd: 21,1 %; kvinder: 14,7 %).

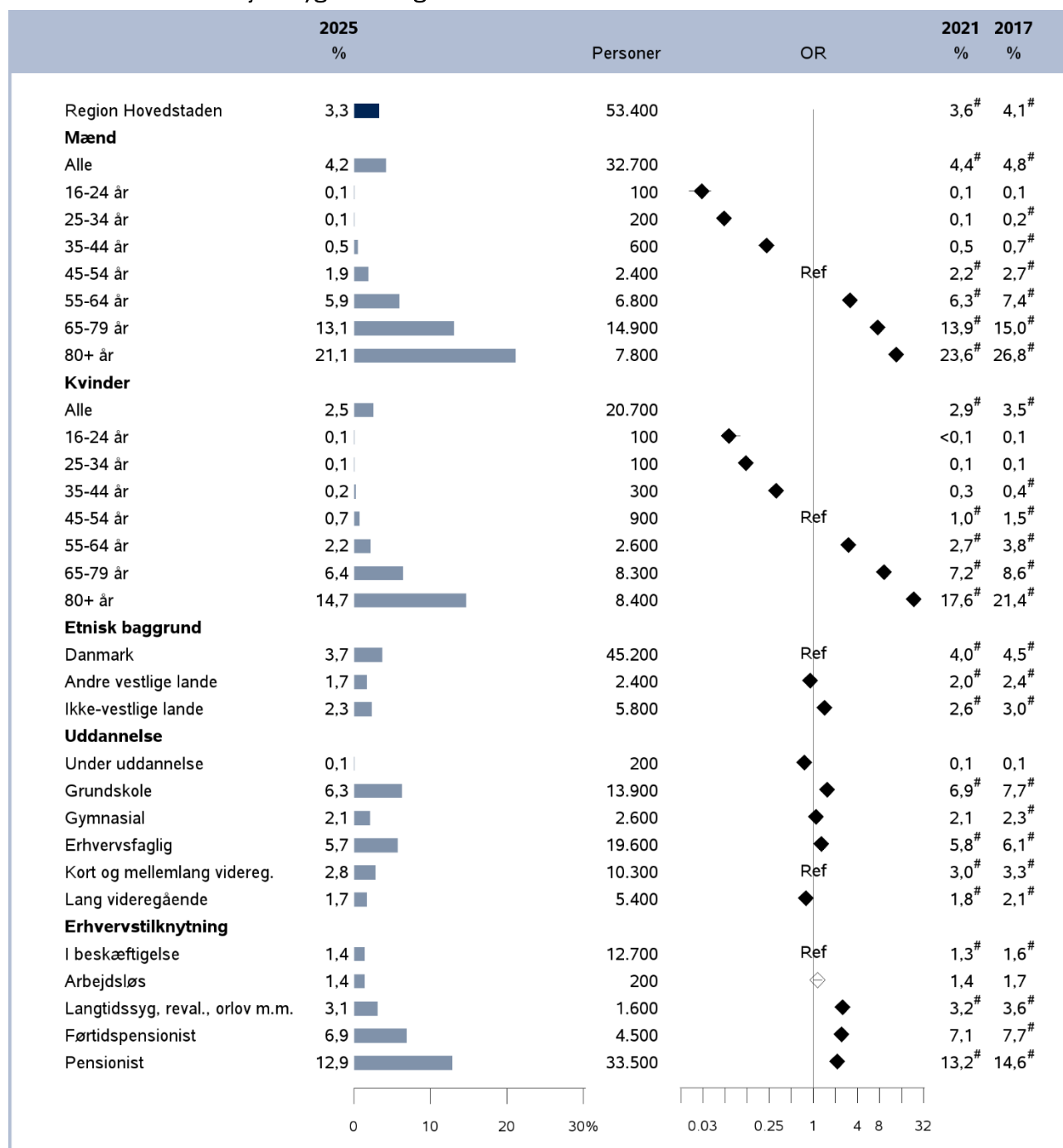
Etnisk baggrund: Forekomsten af hjertesygdom er højere blandt borgere med dansk baggrund (3,7 %) end blandt borgere med hhv. ikke-vestlig baggrund (2,3 %) og anden vestlig baggrund (1,7 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer sammenhængen sig imidlertid, og der ses en signifikant højere OR for hjertesygdom blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Forekomsten af hjertesygdom falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra borgere med gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (6,3 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,7 %). Forekomsten er lavest blandt borgere under uddannelse (0,1 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af hjertesygdom er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse, når der ses bort fra arbejdsløse borgere. Forekomsten er dermed lavest blandt borgere i beskæftigelse og arbejdsløse borgere (begge 1,4 %), og den er højest blandt pensionister (12,9 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der imidlertid en signifikant højere OR for hjertesygdom blandt arbejdsløse borgere end blandt borgere i beskæftigelse. Derudover ses de højeste OR for hjertesygdom blandt langtids-syge borgere og førtidspensionister.

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af hjertesygdom faldet gradvist fra 4,1 % i 2017 til 3,3 % i 2025 (Tabel 6.1; Figur 6.1). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses gradvise fald i forekomsten fra 2017 til 2025, hvor de største absolute fald ses blandt 80+ årige mænd og kvinder. Forekomsten har stort set været uændret blandt de yngste aldersgrupper inkl. borgere under uddannelse, hvor den generelt er meget lav. Der ses en lille stigning i forekomsten blandt borgere i beskæftigelse fra 2021 til 2025.

Tabel 6.1 Forekomst af hjertesygdom – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

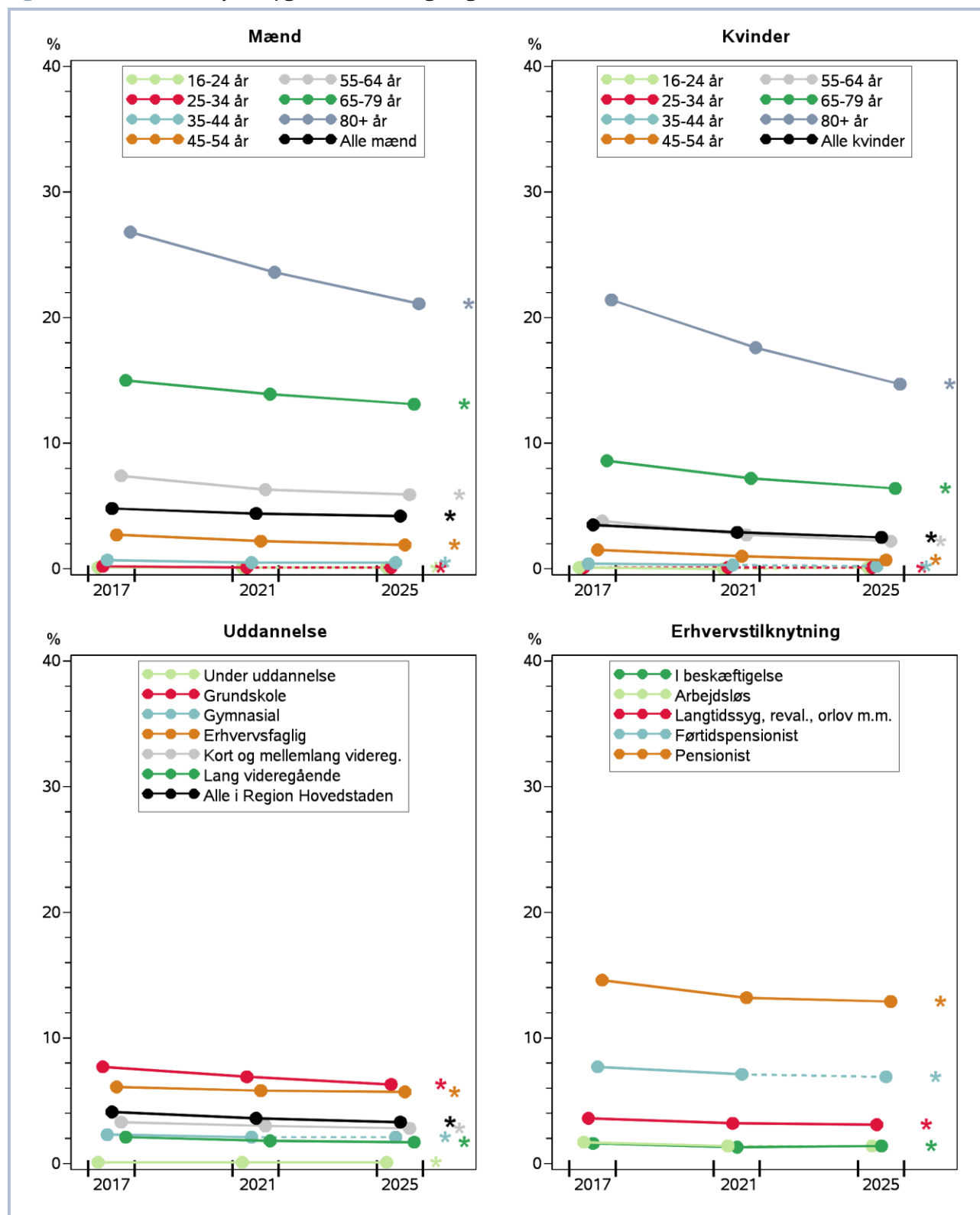
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 6.1 Forekomst af hjertesygdom – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

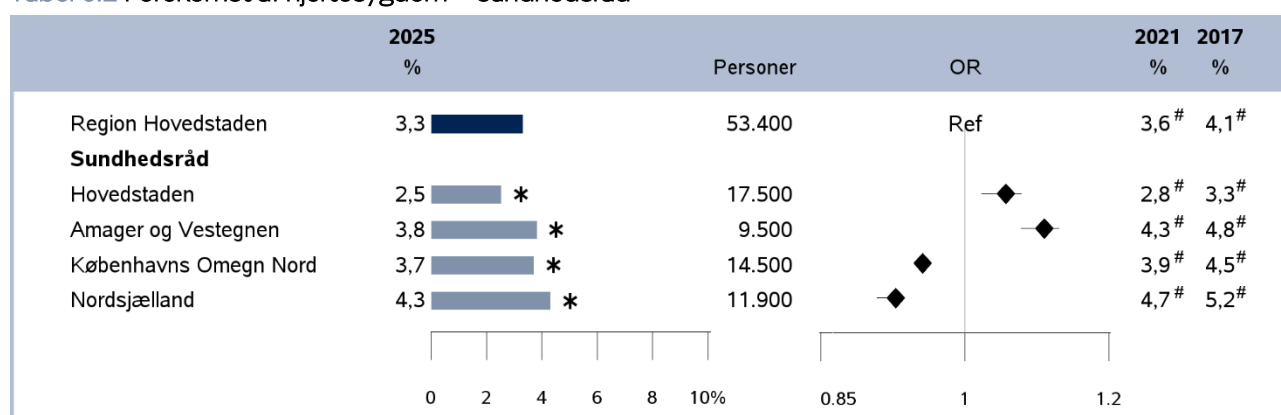
Forekomst af hjertesygdom – sundhedsråd

Forekomsten af hjertesygdom varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 2,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 4,3 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 6.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid i alle sundhedsrådene med undtagelse af Sundhedsråd Amager og Vestegnen.

Der ses således en højere OR for hjertesygdom i Sundhedsråd Hovedstaden sammenlignet med regionen som helhed, mens Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland har en lavere OR.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses et gradvist fald i forekomsten af hjertesygdom i samtlige sundhedsråd over årene. Faldet i forekomsten er i samme størrelsesorden i alle sundhedsrådene.

Tabel 6.2 Forekomst af hjertesygdom – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

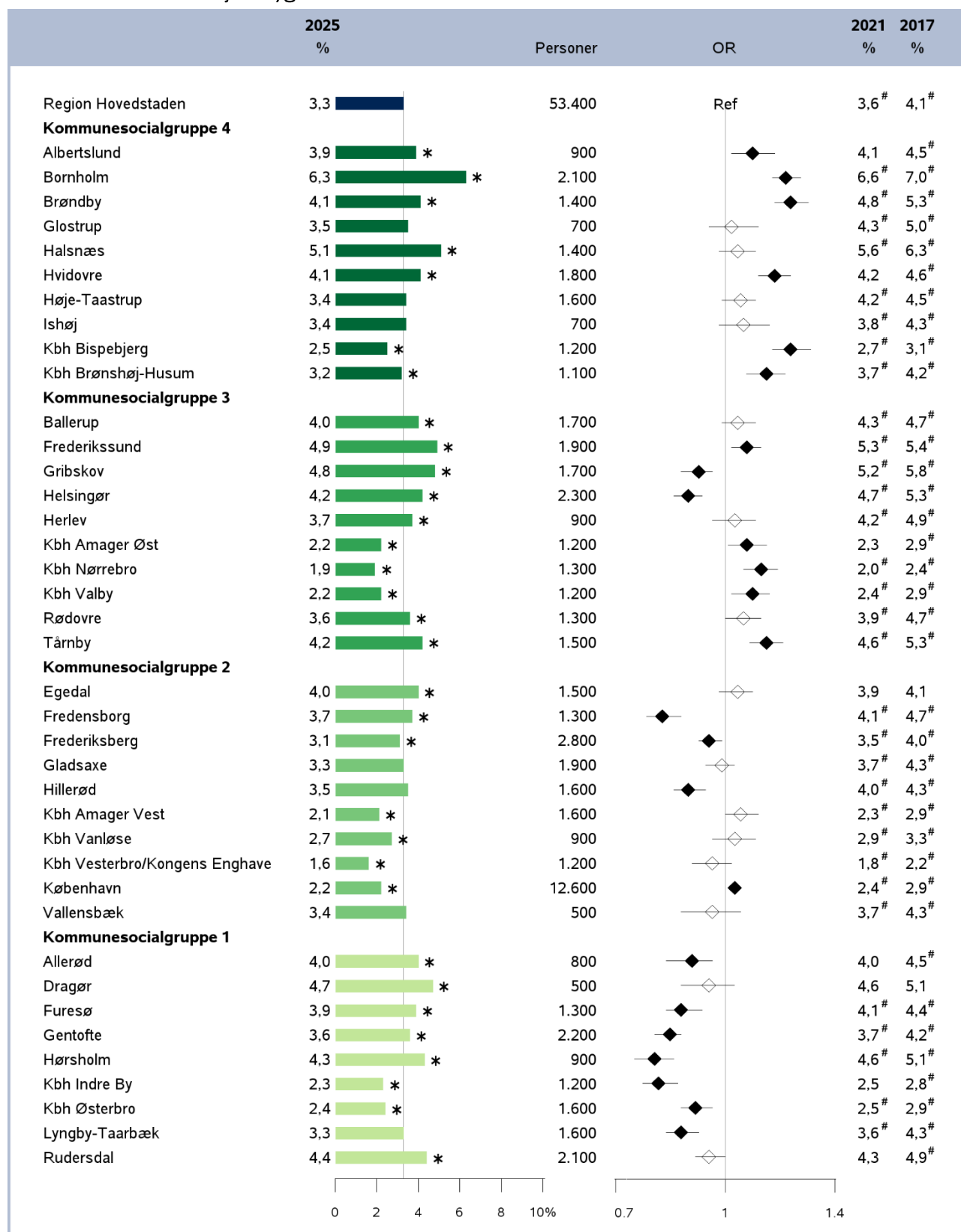
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af hjertesygdom – kommuner

Forekomsten af hjertesygdom varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,6 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 6,3 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 6.3). Når der ses på forekomsterne, ses ikke tegn på en social gradient, men når der ses på OR justeret for køn og alder, ses en tydelig social gradient, hvor de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 4 har højere OR for hjertesygdom sammenlignet med regionen som helhed, mens de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 har lavere OR.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses et gradvist fald i forekomsten af hjertesygdom fra 2017 til 2025 i størstedelen af regionens kommuner og bydele. Det største fald ses i Glostrup Kommune, fra 5,0 % i 2017 til 3,5 % i 2025. I Egedal og Dragør kommuner ses imidlertid begrænsede og ikke signifikante ændringer fra hhv. 2017 og 2021 til 2025.

Tabel 6.3 Forekomst af hjertesygdom – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på hjerteområdet: status og udfordringer. København: Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/mvbybf45/opfoelgning-pa-hjerteområdet-maj-2023.pdf>
2. Hjerteforeningen. Iskæmisk hjertesygdom [internet]. [Henvist 13. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://hjerteforeningen.dk/min-hjerte-kar-sygdom/iskaemisk-hjertesygdom/>
3. Patienthåndbogen. Hjertesvigt [internet]. [Henvist 13. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patient-haandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/oevrige-tilstande/hjertesvigt/>

Kapitel 7: Apopleksi

Apopleksi – også kaldet slagtilfælde eller stroke – er en fællesbetegnelse for blodprop i hjernen og blødning i hjernevævet. I størstedelen af tilfældene er der tale om en blodprop i hjernen. Symptomer indebærer pludseligt opstået halvsidig lammelse af krop eller ansigt, taleforstyrrelser, synsændringer, koordinations- og balanceproblemer samt hovedpine (1,2).

Forekomsten af apopleksi afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med apopleksi identificeret ud fra, om de har fået en diagnose for apopleksi i hospitalsregi.

Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret (LPR). Definition af borgere med apopleksi i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor. I Sundhedsprofil 2025 er det efter dialog med det Sundhedsfaglige Råd for Neurologi i Region Hovedstaden besluttet at anvende samme afgrænsning af apopleksi som i Sundhedsprofil 2021. Transitorisk cerebral iskæmi (TCI) er inkluderet i afgrænsningen, da tilstanden kræver forebyggelse og behandling på linje med apopleksi. Afgrænsningen af apopleksi i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra Den Nationale Sundhedsprofil inkl. danskernessundhed.dk, hvor forekomsten af apopleksi opgøres på baggrund af spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne.

Definition af borgere med apopleksi i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- G45 (undtagen 45.4) (transitorisk cerebral iskæmi (TCI) og beslægtede syndromer)
- G46 (symptomkomplekser ved cerebrovaskulære sygdomme)
- I60-I64 (undtagen I62) (karsygdomme i hjernen, fx blødning eller blodprop i hjernen)
- I69 (senfølger efter karsygdomme i hjernen)

LPR: Landspatientregisteret. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10.

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en somatisk eller psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra både LPR2, LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital

Forekomst af apopleksi – region

I 2025 har 2,0 % af borgerne i Region Hovedstaden apopleksi, svarende til 32.300 personer (Tabel 7.1).

Køn og alder: Forekomsten af apopleksi er lidt højere blandt mænd (2,2 %) end blandt kvinder (1,8 %). Dette gælder især for de 45+ årige borgere. For begge køn stiger forekomsten med stigende alder, og den er således lavest blandt de 16-24-årige (<0,1 %) og højest blandt de 80+ årige (mænd: 12,1 %; kvinder: 9,8 %).

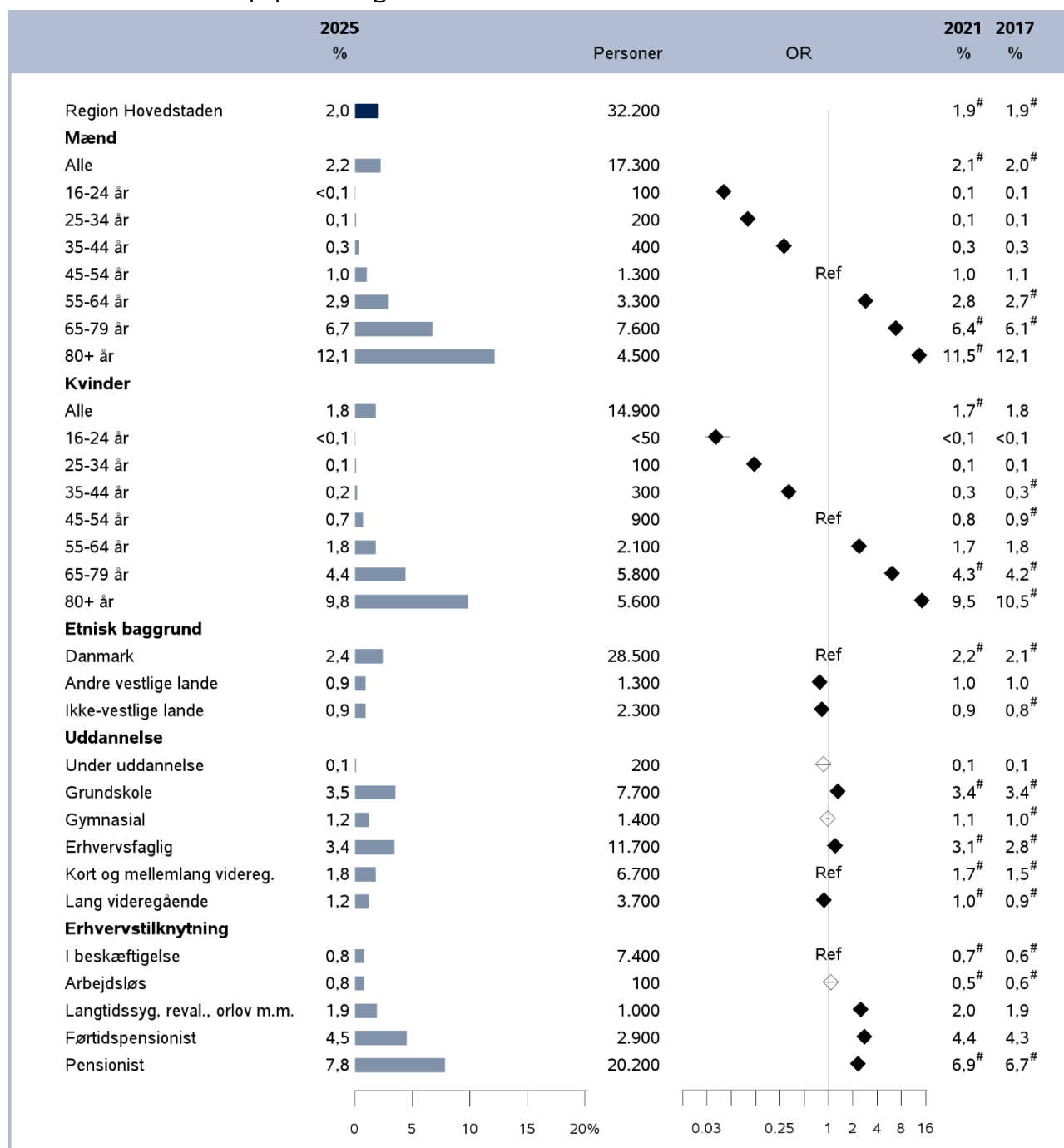
Etnisk baggrund: Forekomsten af apopleksi er højest blandt borgere med dansk baggrund (2,4 %) og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund (0,9 %) og ikke-vestlig baggrund (0,9 %).

Uddannelse: Forekomsten af apopleksi falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Den er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (3,5 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,2 %). Den laveste forekomst ses dog blandt borgere under uddannelse (0,1 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke signifikant forskel på OR mellem borgere under uddannelse og borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af apopleksi er højest blandt pensionister (7,8 %) og næsthøjest blandt langtidssyge borgere (4,5 %), mens den er lavest blandt borgere i beskæftigelse (0,8 %) og arbejdsløse borgere (0,8 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses dog ikke stor forskel på OR for apopleksi blandt langtidssyge borgere, førtidspensionister og pensionister.

Udvikling: I regionen som helhed ses en begrænset men signifikant stigning i forekomsten af apopleksi fra 1,9 % i både 2017 og 2021 til 2,0 % i 2025 (Tabel 7.1; Figur 7.1). I de fleste sociodemografiske grupper ses enten begrænsede ændringer eller stigninger i forekomsten over tid. Fra 2021 til 2025 ses især en større stigning blandt pensionister. Fra 2017 til 2025 ses dog et fald i forekomsten i enkelte aldersgrupper blandt kvinder og især blandt de 80+ årige, hvor det skyldes et fald fra 2017 til 2021.

Tabel 7.1 Forekomst af apopleksi – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

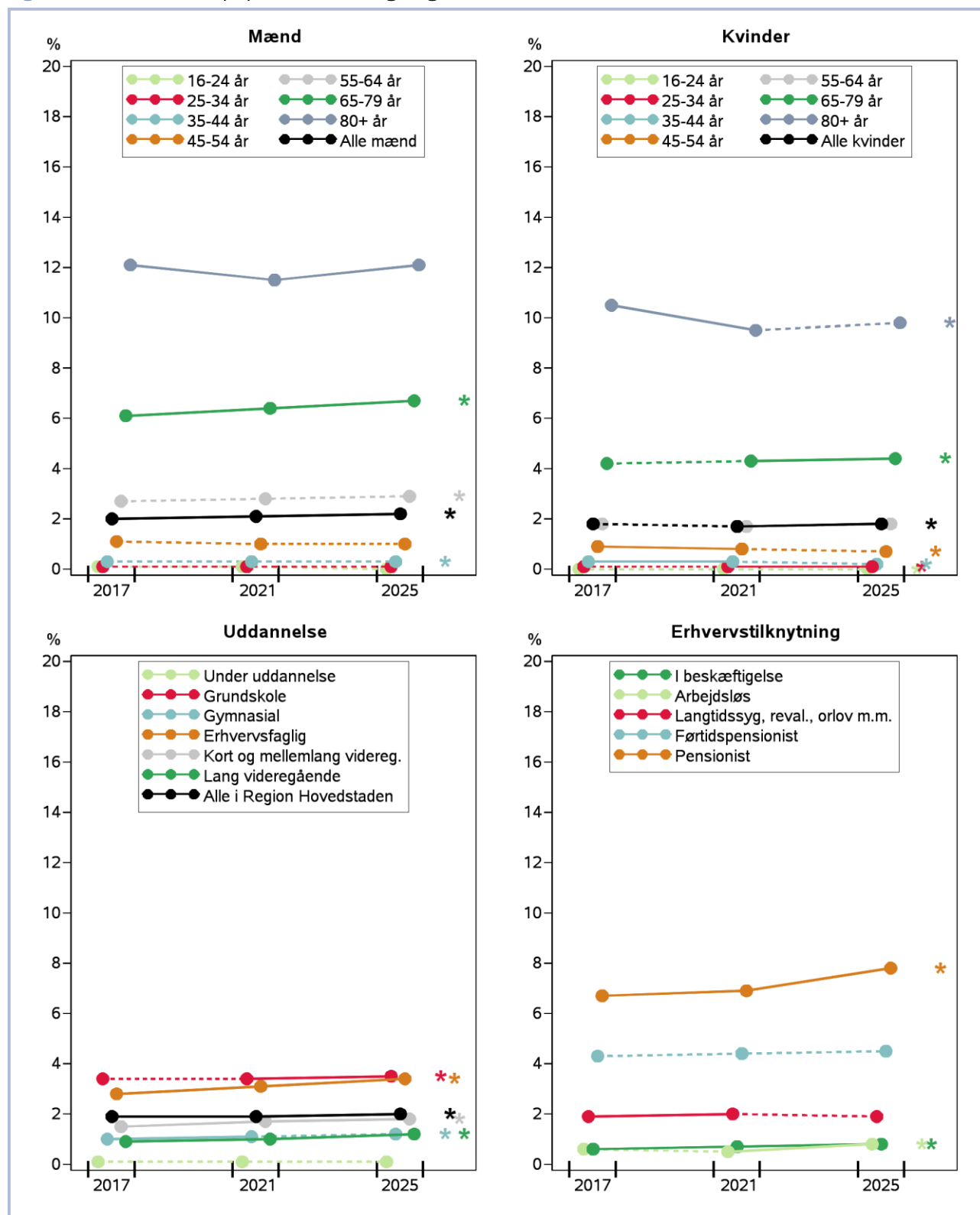
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 7.1 Forekomst af apopleksi – udvikling i region



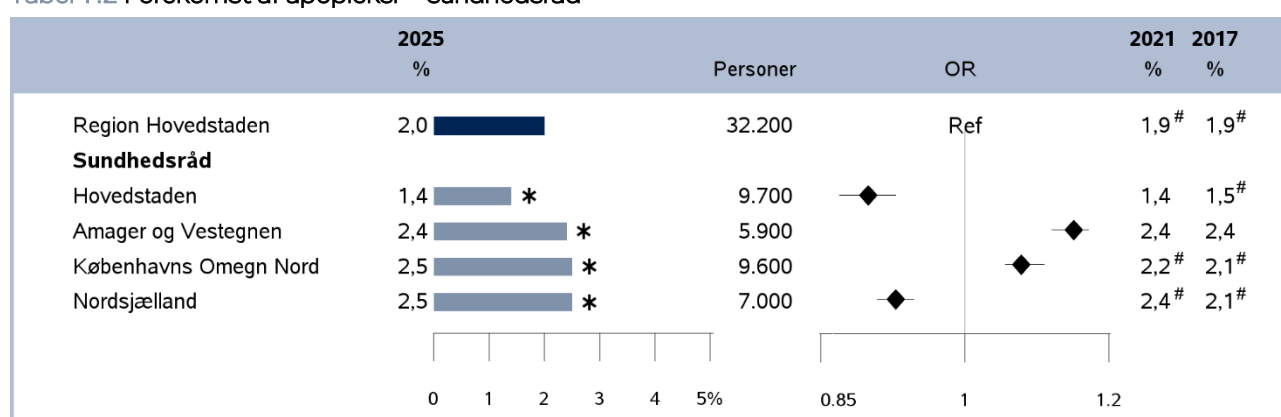
Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomstene er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.
 * Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af apopleksi – sundhedsråd

Forekomsten af apopleksi varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 1,4 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 2,5 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 7.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig dog for Sundhedsråd Nordsjælland, idet der ses en lavere OR for apopleksi sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: I Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland ses en stigning i forekomsten af apopleksi fra både 2017 og 2021 til 2025. I Sundhedsråd Hovedstaden ses derimod et lille fald fra 2017 til 2025, som skyldes et lille fald fra 2017 til 2021. I Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses ikke ændringer i forekomsten over årene.

Tabel 7.2 Forekomst af apopleksi – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

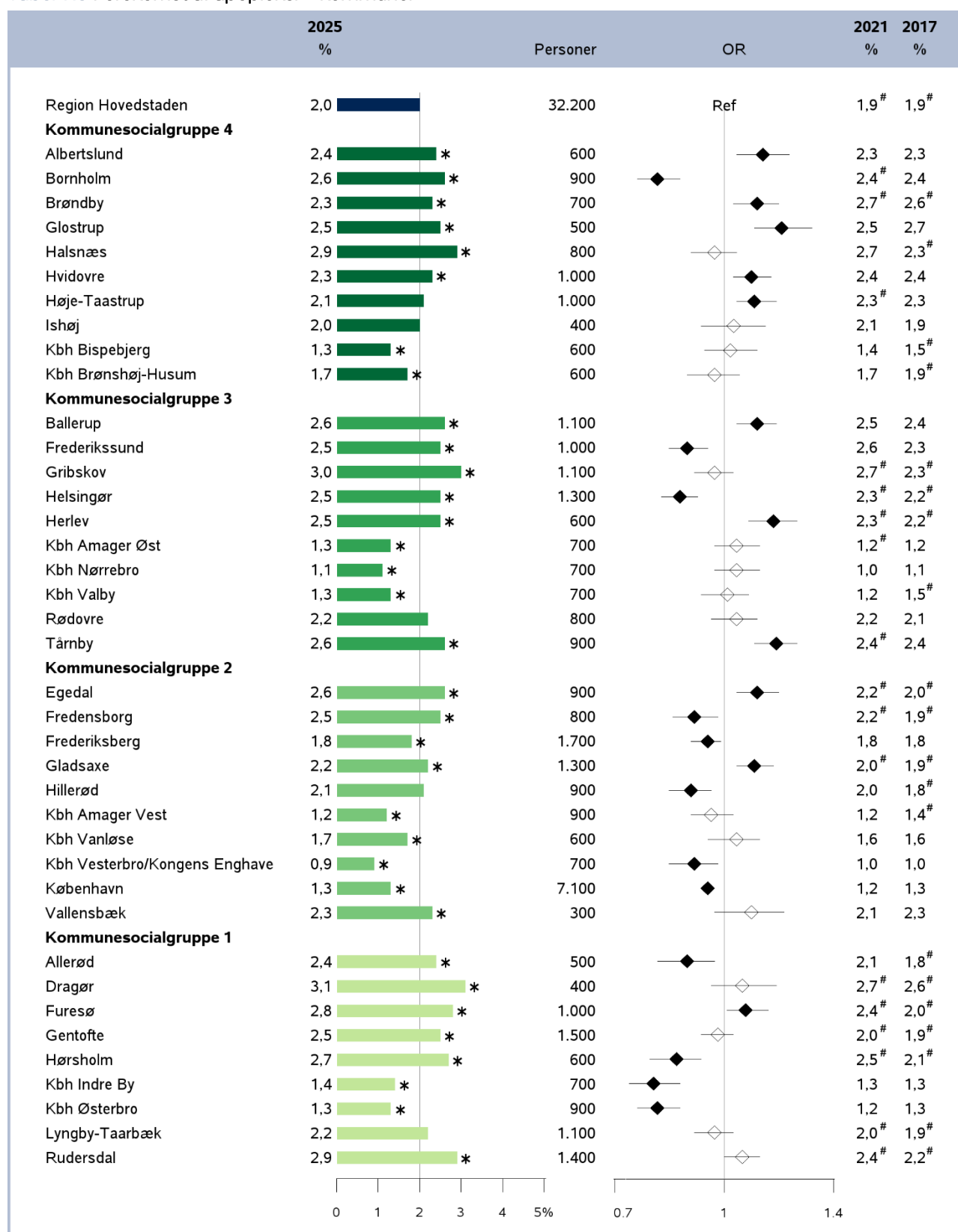
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af apopleksi – kommuner

Forekomsten af apopleksi varierer på tværs af kommuner og bydele fra 0,9 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 3,1 % i Dragør Kommune (Tabel 7.3). Der ses ikke en tydelig social gradient i forekomsten på tværs af kommunesocialgrupper. Der ses lavere forekomster i Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og alle de københavnske bydele sammenlignet med regionen som helhed. Denne tendens bliver dog lidt mindre tydelig, når der ses på OR justeret for køn og alder. Omvendt ses der en mindre tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses begrænsede ændringer eller stigninger i forekomsten af apopleksi fra 2017 til 2025. De største stigninger ses især i kommunesocialgruppe 1. Fra 2021 til 2025 ses de største stigninger således i Gentofte og Rudersdal kommuner og fra 2017 til 2025 i Furesø Kommune. I enkelte kommuner og bydele er forekomsten dog faldet fra 2017 og/eller 2021 til 2025.

Tabel 7.3 Forekomst af apopleksi – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Patienthåndbogen. Apopleksi (slagtilfælde) — blodprop eller blødning i hjernen [internet]. [Henvist 3. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patient-haandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/apopleksi/apopleksi-blodprop-eller-bloedning-i-hjernen/>
2. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>

Kapitel 8: Demens

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner. Demens er således ikke en specifik sygdom, idet over 200 forskellige sygdomme kan medføre demens, hvor den hyppigste årsag er Alzheimers sygdom (1).

Forekomsten af demens afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med demens identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med demens ud fra oplysninger om demensdiagnose i hospitalsregi og/eller behandlinger for demens med medicin. Oplysningerne fås fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (2). Ved at benytte oplysninger fra RUKS i Sundhedsprofil 2025 opnås resultater, der er mere sammenlignelige med opgørelser fra andre steder, fx Sundhedsdatabanken (3).

Afgrænsningen af demens i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021, hvor der blev benyttet en algoritme udviklet af teamet bag sundhedsprofilen i samarbejde med det Sundhedsfaglige Råd for Demens (Demensrådet) i Region Hovedstaden og Nationalt Videnscenter for Demens. Den primære forskel er, at demens i Sundhedsprofil 2025 opgøres blandt alle borgere over 16 år og ikke udelukkende blandt 65+ årige borgere som i Sundhedsprofil 2021. Dette vil betyde, at forekomsten af demens kan synes lavere end den, der blev vist i Sundhedsprofil 2021, da demens primært optræder blandt de ældste aldersgrupper. Det skal nævnes, at der forventes en mindre underestimering af prævalensen i 2025, da den er opgjort pr. 1/11 2024 grundet forsinkelser i opdateringen af RUKS. Personer, der har fået konstateret demens i de sidste to måneder af 2024, vil derfor ikke indgå som havende demens. For 2017 og 2021 er forekomsten opgjort pr. 1/1 det pågældende år. Afgrænsningen af demens i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

Definition af borgere med demens i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som er registreret med demens i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), opdateret 1. november 2024.

I RUKS inkluderes borgere med demens på følgende måde (2):

Alle borgere, som har haft mindst én sygehuskontakt med en relevant *specifik* aktions- eller bidiagnose siden 1995 og/eller en relevant *uspecifik* aktions- eller bidiagnose i de seneste 10 år og/eller har mindst to receptkøb af demenslægemidler på forskellige datoer i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) for medicin godkendt til behandling af demens siden 1997.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

Specifikke demensdiagnoser:

- F00 (demens ved Alzheimers sygdom)
- F01 (vaskulær demens)
- F02 (demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds)
- G30 (Alzheimers sygdom)
- G31.0B (Picks sygdom)
- G31.8 (anden degenerativ sygdom i nervesystemet)
- G31.8E (Lewy body demens)

Uspecifikke demensdiagnoser:

- F03 (uspecifik demens)
- G31.9 (degenerativ sygdom i nervesystemet uden nærmere specifikation (UNS))

Lægemiddelgruppe med følgende ATC-kode i LSR, kun godkendt til demens:

- N06D, der omfatter donepezil, rivastigmin og galantamin (kolinesterasehæmmere) samt memantin (glutamatreceptorantagonist)

ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

Forekomst af demens – region

I 2025 er der 0,9 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har demens, svarende til 13.800 personer (Tabel 8.1).

Køn og alder: Forekomsten af demens er lidt højere blandt kvinder (1,0 %) end blandt mænd (0,7 %); blandt de 65-79-årige er forekomsten dog på samme niveau. Forekomsten stiger med stigende alder fra 55 år for begge køn. Den er således lavest blandt borgere under 55 år (<0,1 %) og højest blandt de 80+ årige (mænd: 7,8 %; kvinder: 9,0 %). Forskellen i forekomsten mellem 80+ årige mænd og kvinder skal ses i lyset af, at kvinder har en højere middellevetid end mænd.

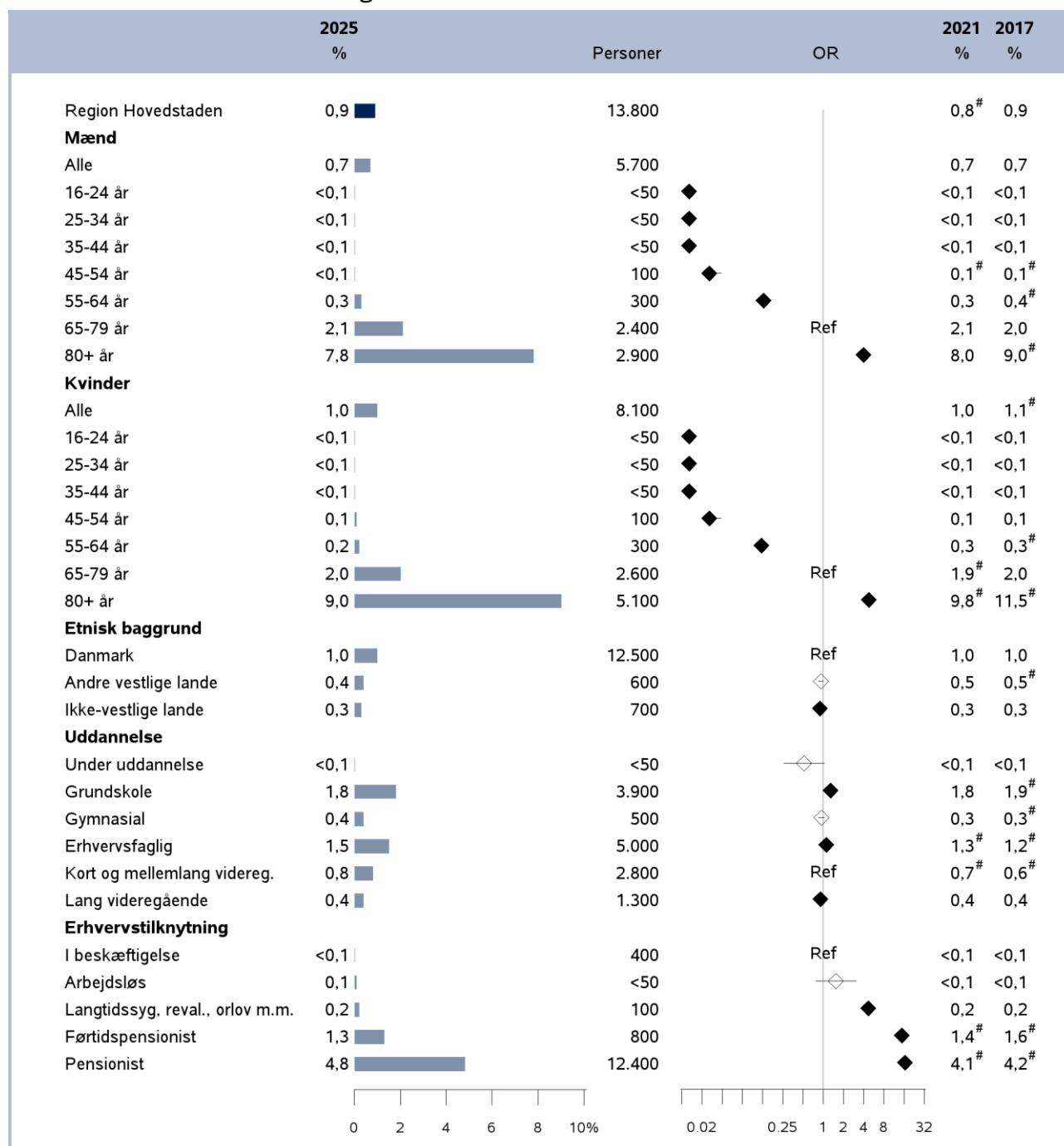
Etnisk baggrund: Forekomsten af demens er højere blandt borgere med dansk baggrund (1,0 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (0,4 %) og ikke-vestlig baggrund (0,3 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der imidlertid ikke en signifikant forskel på OR for demens blandt borgere med dansk baggrund og borgere med anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Forekomsten af demens falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (1,8 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (0,4 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af demens er højest blandt pensionister (4,8 %) og førtidspensionister (1,3 %), mens forekomsten i de tre øvrige erhvervstilknytningsgrupper ligger på nogenlunde samme niveau (<0,1-0,2 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der imidlertid en højere OR for demens blandt langtidssyge borgere end blandt borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed ses der en begrænset men signifikant stigning i forekomsten af demens fra 0,8 % i 2021 til 0,9 % i 2025 efter et tilsvarende begrænset fald fra 2017 til 2021 (Tabel 8.1; Figur 8.1). I flere af de sociodemografiske grupper ses der ligeledes begrænsede, men signifikante ændringer fra 2017 og/eller 2021 til 2025 i form af både stigninger og fald. Fra 2017 til 2025 ses der især fald blandt de 80+ årige, særligt kvinderne (fra 11,5 % til 9,0 %), mens den største stigning fra 2021 til 2025 ses blandt pensionister.

Tabel 8.1 Forekomst af demens – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

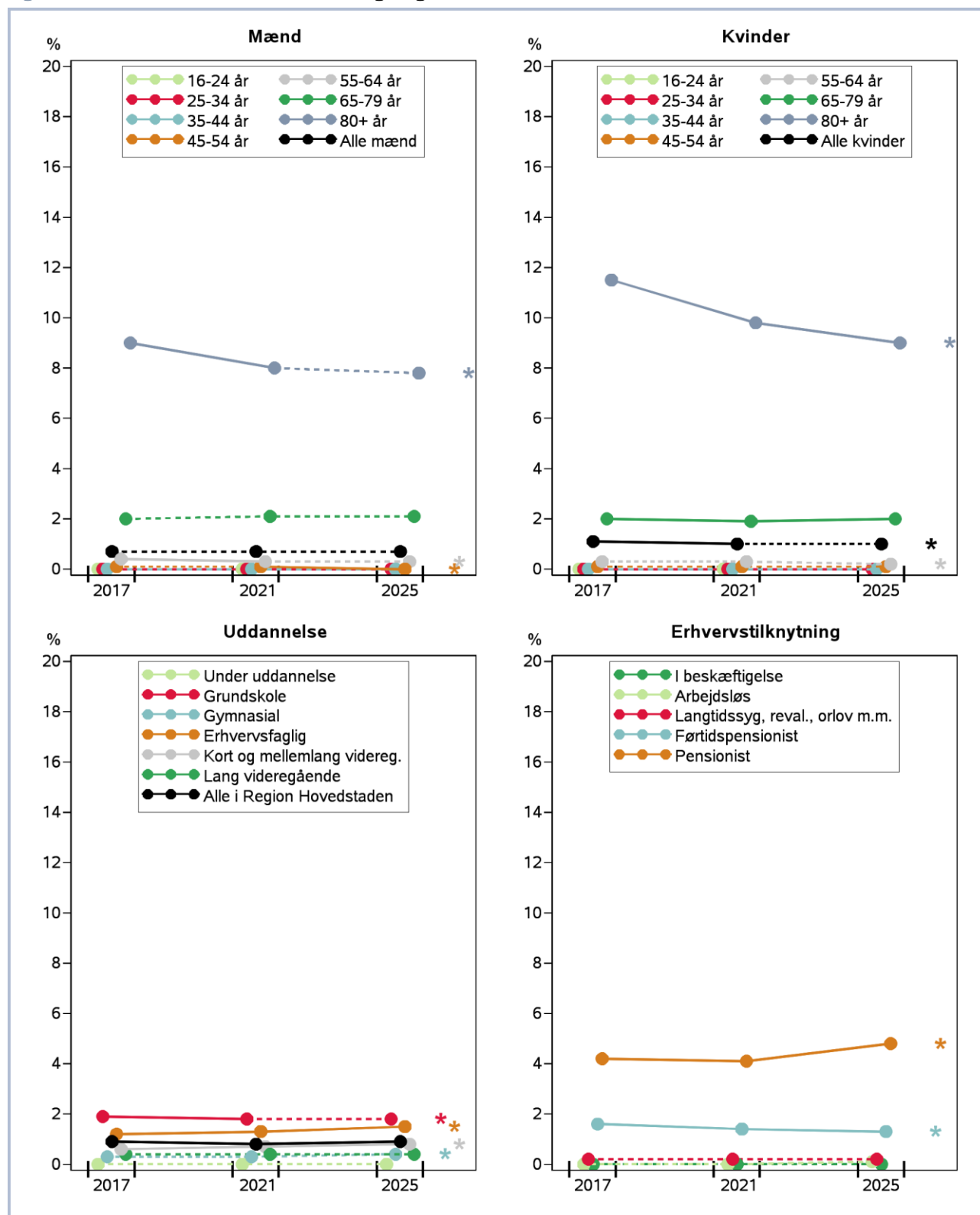
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 8.1 Forekomst af demens – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

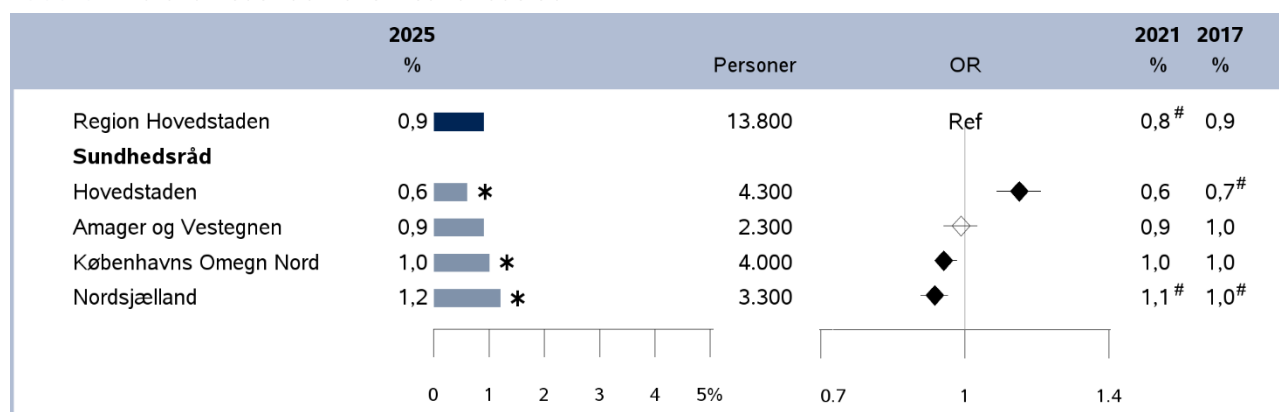
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af demens – sundhedsråd

Forekomsten af demens varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 0,6 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 1,2 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 8.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid, da der ses en højere OR for demens i Sundhedsråd Hovedstaden og en lavere OR i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Fra 2017 til 2025 ses der en gradvis mindre stigning i forekomsten af demens i Sundhedsråd Nordsjælland, mens der fra både 2017 og 2021 til 2025 ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Københavns Omegn Nord. I Sundhedsråd Hovedstaden ses der et begrænset, men signifikant fald fra 2017 til 2025, som skyldes et lille fald fra 2017 til 2021.

Tabel 8.2 Forekomst af demens – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

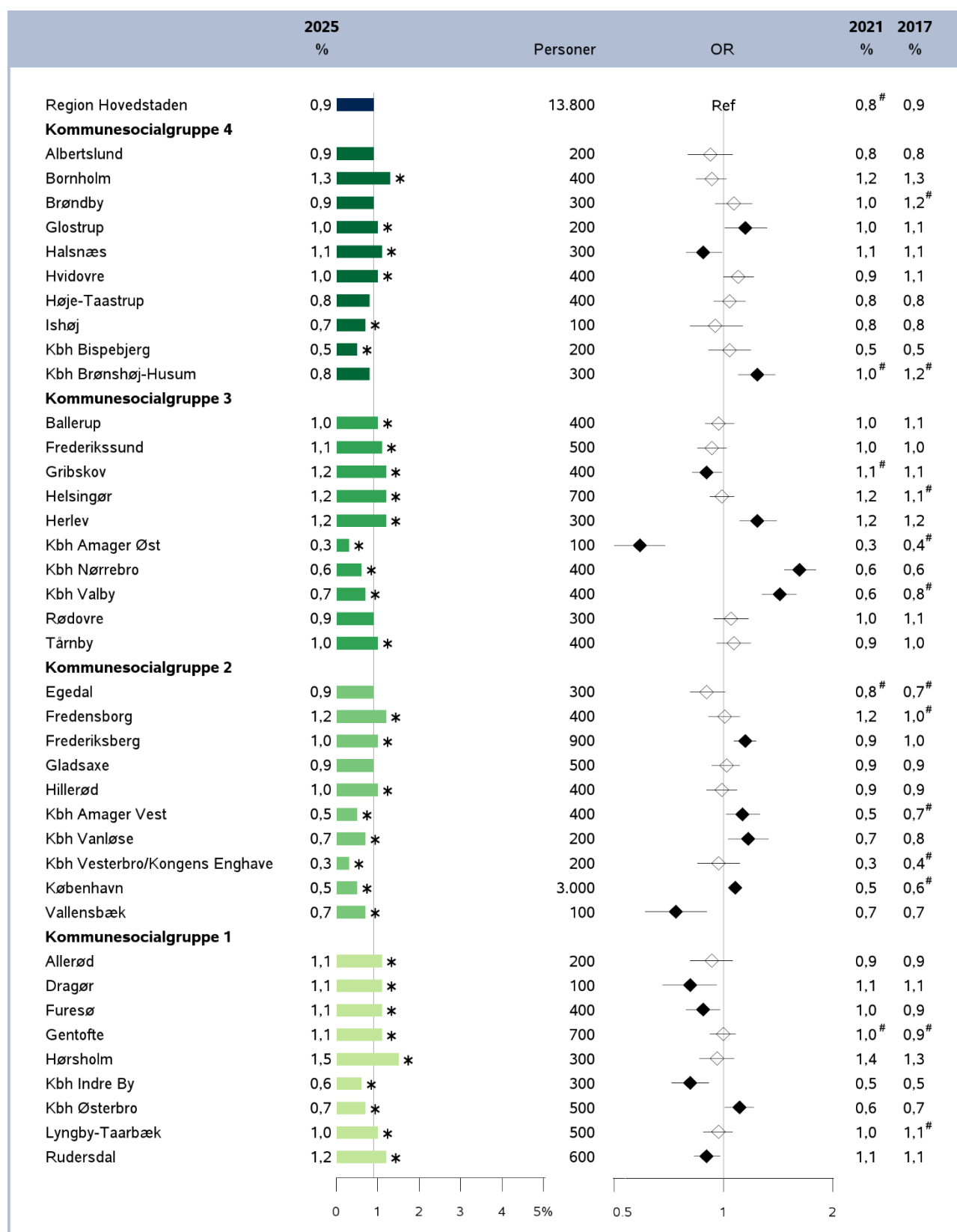
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af demens – kommuner

Forekomsten af demens varierer på tværs af kommuner og bydele fra 0,3 % i bydelene Amager Øst og Vesterbro/Kongens Enghave til 1,5 % i Hørsholm Kommune (Tabel 8.3). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der ses på OR justeret for køn og alder. Mellem bydelene i Københavns Kommune ses der en variation i forekomsten, hvor variationen er større, når der ses på OR. Dette kan skyldes beliggenheden af plejehjem og demensboliger inden for kommunen.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af demens fra hhv. 2017 og 2021 til 2025. I flere kommuner ses der dog signifikante ændringer i perioden – i form af både mindre stigninger og mindre fald, der i de fleste tilfælde skyldes ændringer fra 2017 til 2021. De største ændringer ses i bydelen Brønshøj-Husum samt Brøndby Kommune, hvor forekomsterne er faldet fra 2017 til 2025.

Tabel 8.3 Forekomst af demens – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Nationalt Videnscenter for Demens. Faktaark om demenssygdomme — Hvad er demens? [internet]. [Henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://videnscenterfordemens.dk/da/demenssygdomme-0>
2. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
3. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Kapitel 9: Kræft

Kræft er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme, som arter sig forskelligt. Fælles for kræftsygdommene er, at de starter med ændringer i gener, som medfører ukontrolleret cellevekst, vækst i omgivende organer og spredning til andre organer (1). Forekomsten af kræft afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med kræft identificeret via Landspatientregisteret (LPR) og i overensstemmelse med en algoritme, der er udviklet og valideret af Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet (2), dog med mindre tilføjelser.

I opgørelserne skelnes der ikke mellem de forskellige typer af kræft. Den præcise definition af borgere med kræft i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor og er den samme, som blev benyttet i Sundhedsprofil 2021. Afgrænsningen af kræft i Sundhedsprofil 2025 afviger fra afgrænsningen brugt i Den Nationale Sundhedsprofil 2025 og på danskernessundhed.dk, hvor selvrapporteret kræft eller eftervirkninger af kræft benyttes.

Definition af borgere med kræft i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- C00-C43, C45-C99 (kræft i forskellige dele af kroppen)

LPR: Landspatientregisteret. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en somatisk eller psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra både LPR2, LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

Forekomst af kræft – region

I 2025 har 3,8 % af borgerne i Region Hovedstaden kræft, svarende til 60.300 personer (Tabel 9.1)

Køn og alder: Forekomsten af kræft er højere blandt kvinder (4,1 %) end blandt mænd (3,4 %), men for de 65+ årige ses dog en højere forekomst blandt mænd end blandt kvinder. For begge køn stiger forekomsten med stigende alder. Den laveste forekomst ses således blandt de 16-24-årige (0,1 %) og den højeste forekomst ses blandt de 80+ årige (mænd: 15,7 %; kvinder: 12,0 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af kræft er højere blandt borgere med dansk baggrund (4,4 %) end blandt borgere med hhv. anden vestlig baggrund (2,0 %) og ikke-vestlig baggrund (1,7 %).

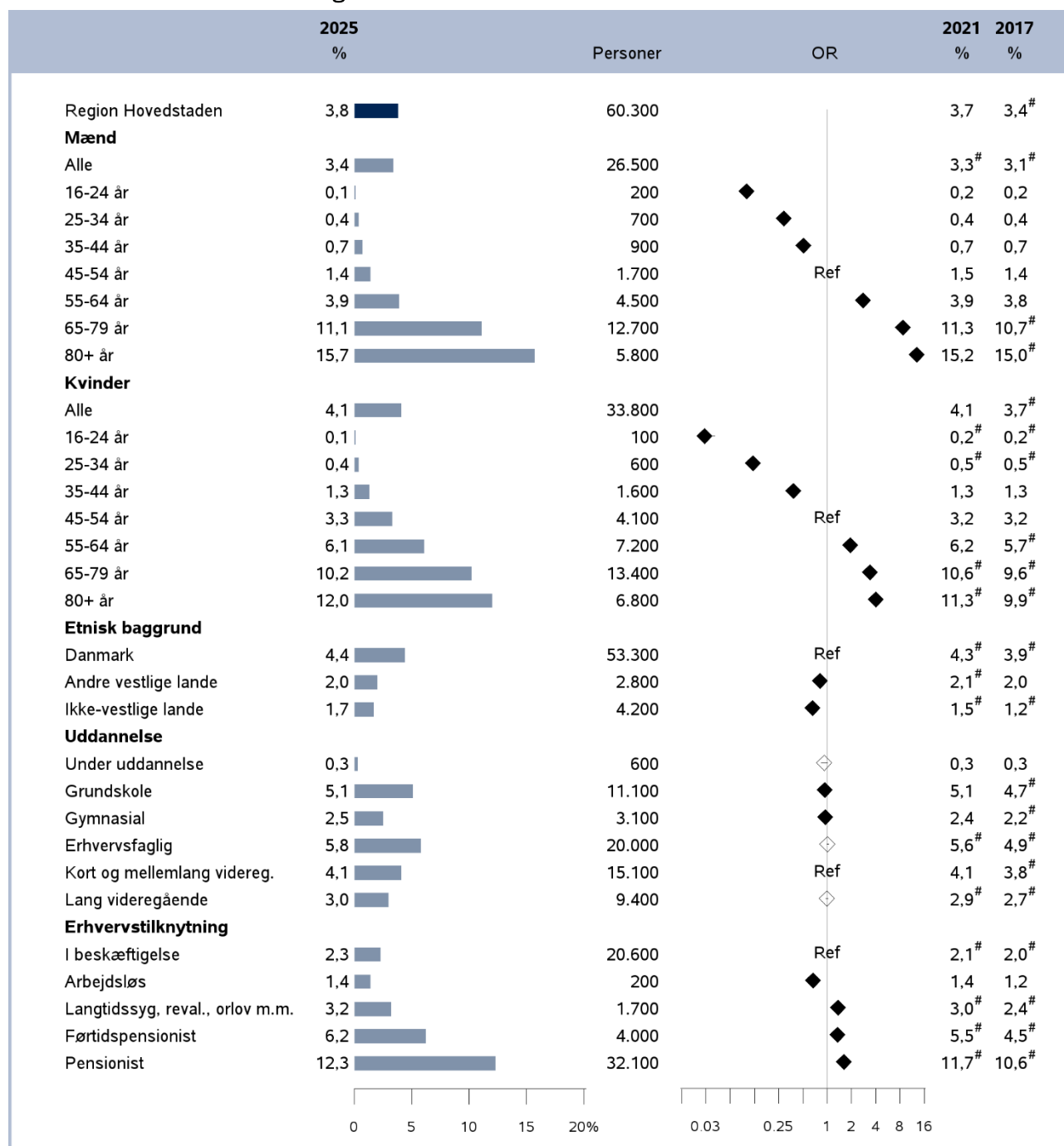
Uddannelse: Forekomsten af kræft er højest blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (5,8 %) og grundskoleuddannelse (5,1 %), mens den er lavest blandt borgere under uddannelse (0,3 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er OR for kræft lidt lavere blandt borgere med hhv. grundskoleuddannelse og gymnasial uddannelse end blandt borgere med kort og mellemlang

videregående uddannelse, mens der ikke er forskel i OR for de øvrige uddannelsesgrupper sammenlignet med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af kræft er lavest blandt arbejdsløse borgere (1,4 %) og højest blandt pensionister (12,3 %).

Udvikling: I regionen som helhed er der sket en stigning i forekomsten af kræft fra 3,4 % i 2017 til 3,8 % i 2025, som skyldes en stigning fra 2017 til 2021, mens der ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025 (Tabel 9.1; Figur 9.1). I de fleste sociodemografiske grupper ses ligeledes signifikante stigninger fra 2017 til 2025, som især skyldes stigninger fra 2017 til 2021. De største stigninger ses blandt 80+ årige kvinder samt førtidspensionister og pensionister. I enkelte grupper ses der imidlertid små signifikante fald fra 2021 til 2025, især blandt kvinder i aldersgruppen 16-34 år og 65-79 år samt borgere med anden vestlig baggrund. Slutteligt ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer over årene i flere grupper, især blandt mænd under 65 år og kvinder mellem 35 og 54 år.

Tabel 9.1 Forekomst af kræft – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

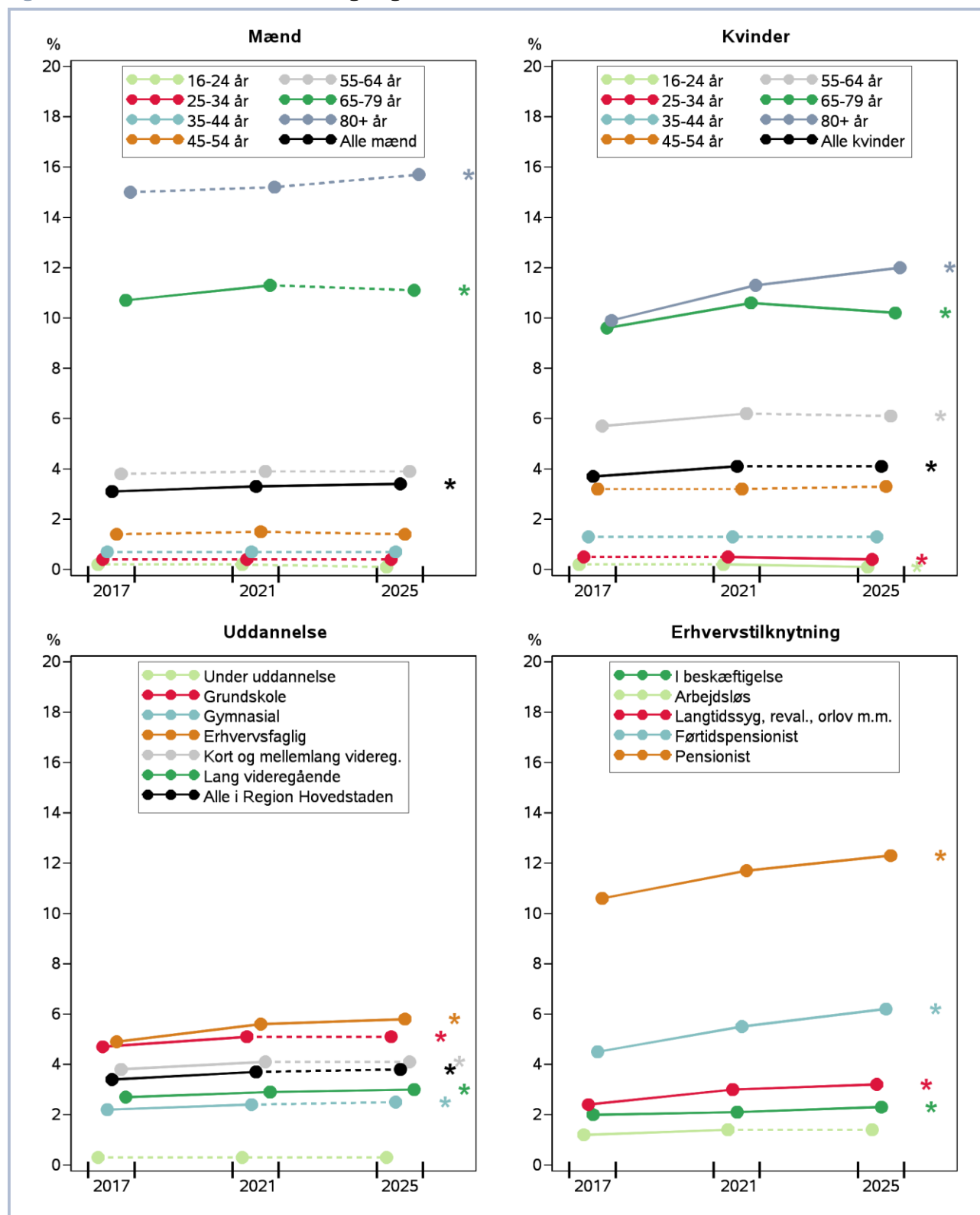
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 9.1 Forekomst af kræft – udvikling i region



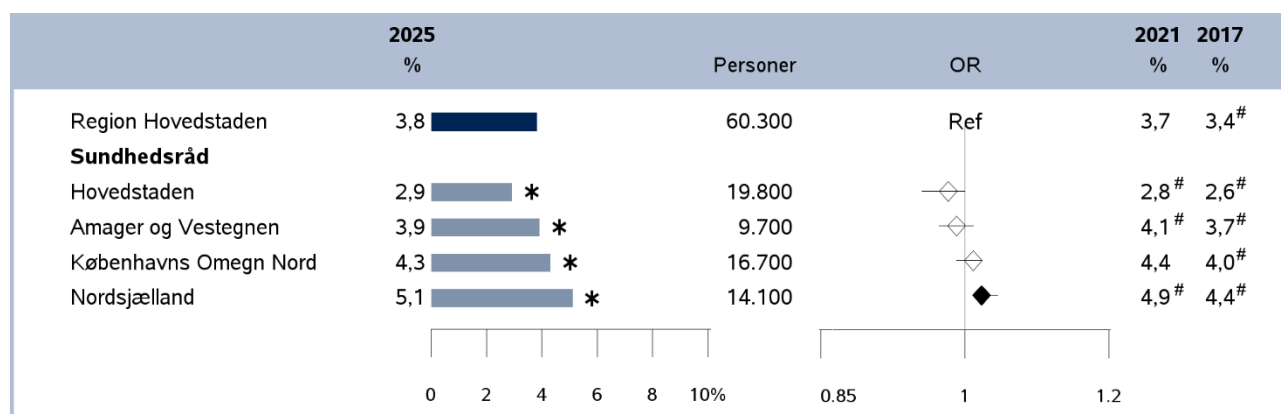
Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.
 * Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af kræft – sundhedsråd

Forekomsten af kræft varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 2,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 5,1 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 9.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses den samme tendens i Sundhedsråd Nordsjælland, mens der ikke ses en signifikant forskel i OR for kræft i de tre øvrige sundhedsråd sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses der i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord en stigning i forekomsten af kræft fra 2017 til 2025, som skyldes en stigning fra 2017 til 2021. I Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Nordsjælland ses gradvise stigninger over årene. I Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses et fald fra 2021 til 2025, men da dette fald er mindre end stigningen fra 2017 til 2021, er forekomsten i 2025 signifikant højere end i 2017. Fra 2017 til 2025 ses den største stigning i Sundhedsråd Nordsjælland.

Tabel 9.2 Forekomst af kræft – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

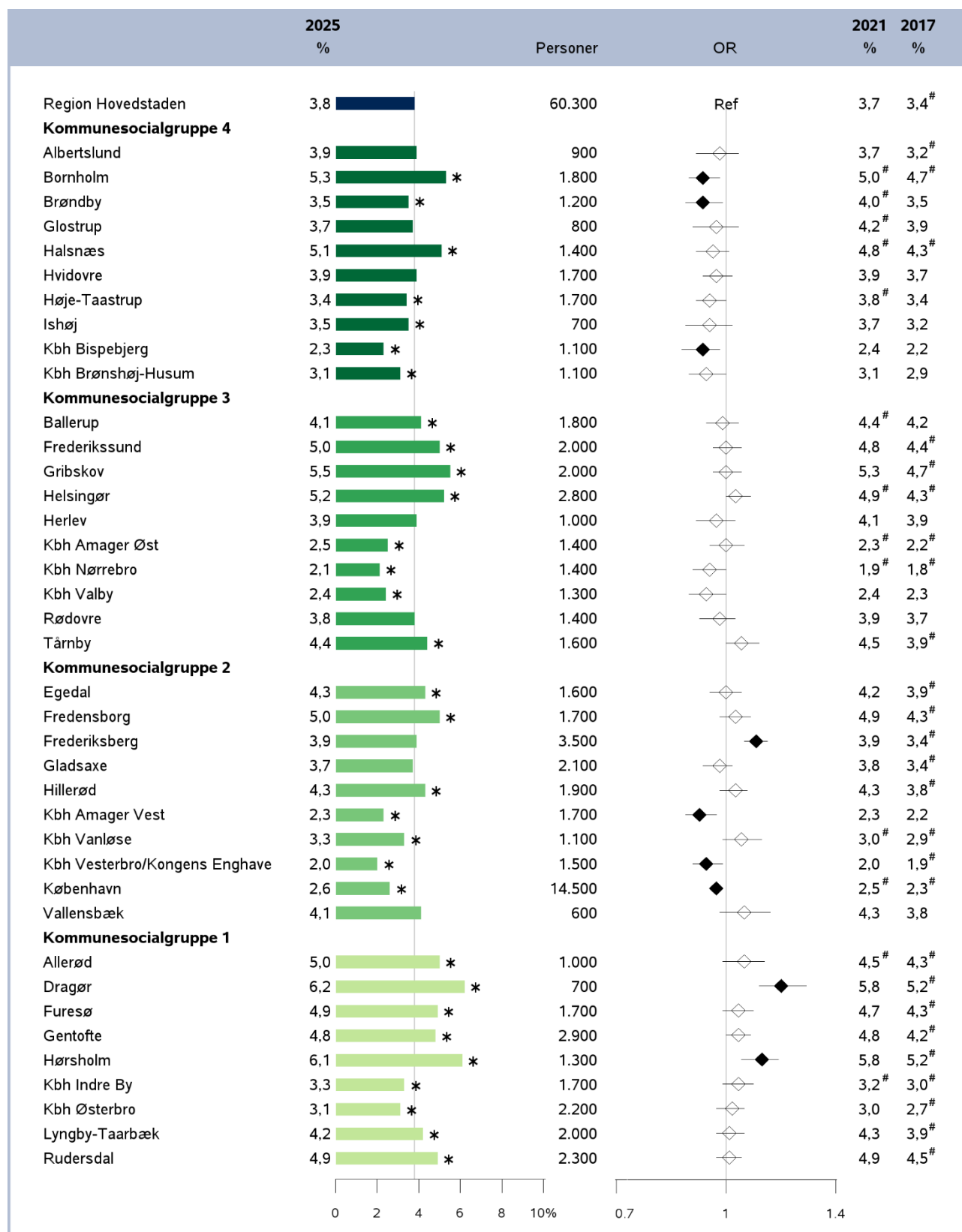
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af kræft – kommuner

Forekomsten af kræft varierer på tværs af kommuner og bydele fra 2,0 % i Vesterbro/Kongens Enghave til 6,2 % i Dragør Kommune (Tabel 9.3). Der ses en mindre tendens til en omvendt social gradient, hvor flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 har en lavere forekomst end regionen samlet og de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 har en højere forekomst. Derudover ses der en tendens til, at alle de københavnske bydele og Københavns Kommune har en lavere forekomst end regionen som helhed. Tendenserne bliver dog mindre tydelige, når der justeres for køn og alder.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses der i de fleste kommuner og bydele stigninger fra 2017 til 2025, der i mange tilfælde især skyldes stigninger fra 2017 til 2021, mens der fra 2021 til 2025 ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i de fleste kommuner. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses i Dragør Kommune. I enkelte kommuner og bydele ses der mindre signifikante ændringer fra 2021 til 2025, hvor den største stigning ses i Allerød Kommune, mens det største fald ses i Brøndby og Glostrup kommune.

Tabel 9.3 Forekomst af kræft – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Lægehåndbogen. Kræfttyper [internet]. [Henvist 18. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patient-haandbogen/kræft/om-kræft/kræfttyper/>
2. Larsen MB, Jensen H, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. Identification of patients with incident cancers using administrative registry data. Dan Med J. 2014;61(2):A4777

Kapitel 10: Kronisk obstruktiv lungesygdom

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

Forekomsten af KOL afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med KOL identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med KOL ud fra oplysninger om KOL-diagnose i hospitalsregi og/eller behandlinger for KOL med medicin. Oplysningerne fås fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (2). Ved at benytte RUKS i Sundhedsprofil 2025 opnås resultater, der er mere sammenlignelige med opgørelser fra andre steder, fx Sundhedsdatabanken (3).

Afgrænsningen af KOL i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021, hvor der blev benyttet en algoritme udviklet af teamet bag sundhedsprofilen i samarbejde med det Sundhedsfaglige Råd for Lungesygdomme i Region Hovedstaden med udgangspunkt i bl.a. algoritmen fra RUKS.

Forskellene indebærer bl.a., at RUKS ikke benytter spirometrimålinger i afgrænsningen af KOL, hvilket er blevet brugt i tidligere sundhedsprofiler. Afgrænsningen af KOL i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra afgrænsningen i Den Nationale Sundhedsprofil, hvor der bruges selvrapporterede oplysninger fra spørgeskema, og der spørges derudover ind til kronisk lungesygdom mere bredt. Der er derfor en forventning om, at prævalensen opgjort i Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden er lavere end prævalensen opgjort i Sundhedsprofil 2021 samt i Den Nationale Sundhedsprofil inkl. opgørelser på danskernessundhed.dk. Derudover forventes en mindre underestimering af prævalensen i 2025, da den er opgjort pr. 1/11 2024 grundet forsinkelser i opdateringen af RUKS. Personer, der kun er registreret med KOL i de sidste to måneder af 2024, vil derfor ikke indgå som havende KOL. For 2017 og 2021 er forekomsten opgjort pr. 1/1 det pågældende år. Afgrænsningen af KOL i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

Definition af borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som er registreret med KOL i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), opdateret 1. november 2024.

I RUKS inkluderes borgere med KOL på følgende måde (2):

Alle borgere på mindst 30 år^a, som inden for de seneste 10 år har haft mindst én sygehuskontakt med en relevant aktions- eller bidiagnose i Landspatientregisteret (LPR) og/eller har haft mindst to receptkøb (på forskellige datoer) i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), som hver opfylder minimum ét af nedenstående kriterier for medicin.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- J44 (kronisk obstruktiv lungesygdom)

Kriterier for medicin, hvor én af nedenstående kriterier skal være opfyldt:

Lægemiddelkøb med specifik indikationskode for KOL tilknyttet:

- 379 (ved kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL))
- 464 (mod opblussen af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL))

Lægemidler med følgende ATC-koder i LSR, kun godkendt til KOL:

- R03AC18 (indacaterol)
- R03AC19 (olodaterol)
- R03AL02 (salbutamol og ipratropiumbromid)
- R03AL03 (vilanterol og umeclidiniumbromid)
- R03AL04 (indacaterol og glycopyrroniumbromid)
- R03AL05 (formoterol og aclidiniumbromid)
- R03AL06 (olodaterol og tiotropiumbromid)
- R03AL07 (formoterol og glycopyrroniumbromid)
- R03AL08 (vilanterol, umeclidiniumbromid og fluticasonfuroat)
- R03AL11 (budesonid, formoterol og glycopyrroniumbromid)
- R03BB05 (aclidiniumbromid)
- R03BB06 (glycopyrroniumbromid)
- R03BB07 (umeclidiniumbromid)
- R03DX07 (roflumilast)

Eksklusion: borgere med cystisk fibrose (dvs. registreret med ICD-10-kode E84 eller to køb af lægemidler med indikationskode 369, 433 eller 936 eller ATC-kode R05CB13)

ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^aBorgeren skal være 30+ år på datoen for kontakten i LPR eller datoen for den sidste receptudlevering.

Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – region

I 2025 har 2,5 % af borgerne i Region Hovedstaden kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), svarende til 39.600 personer (Tabel 10.1).

Køn og alder: Forekomsten af KOL er generelt en anelse højere blandt kvinder (2,7 %) end blandt mænd (2,3 %); dette gælder dog primært blandt de 65-79-årige kvinder (8,2 %) og mænd (7,7 %). For begge køn stiger forekomsten med stigende alder, og den er således højest blandt de 80+ årige (mænd: 10,7 %; kvinder: 10,6 %) og lavest blandt de 25-44-årige (<0,1-0,2 %). Grundet definitionen af borgere med KOL er der ingen borgere under 30 år, der har KOL.

Etnisk baggrund: Forekomsten af KOL er højest blandt borgere med dansk baggrund (2,9 %) og lavest blandt borgere med anden etnisk baggrund (1,1 % for borgere med hhv. ikke-vestlig og vestlig baggrund).

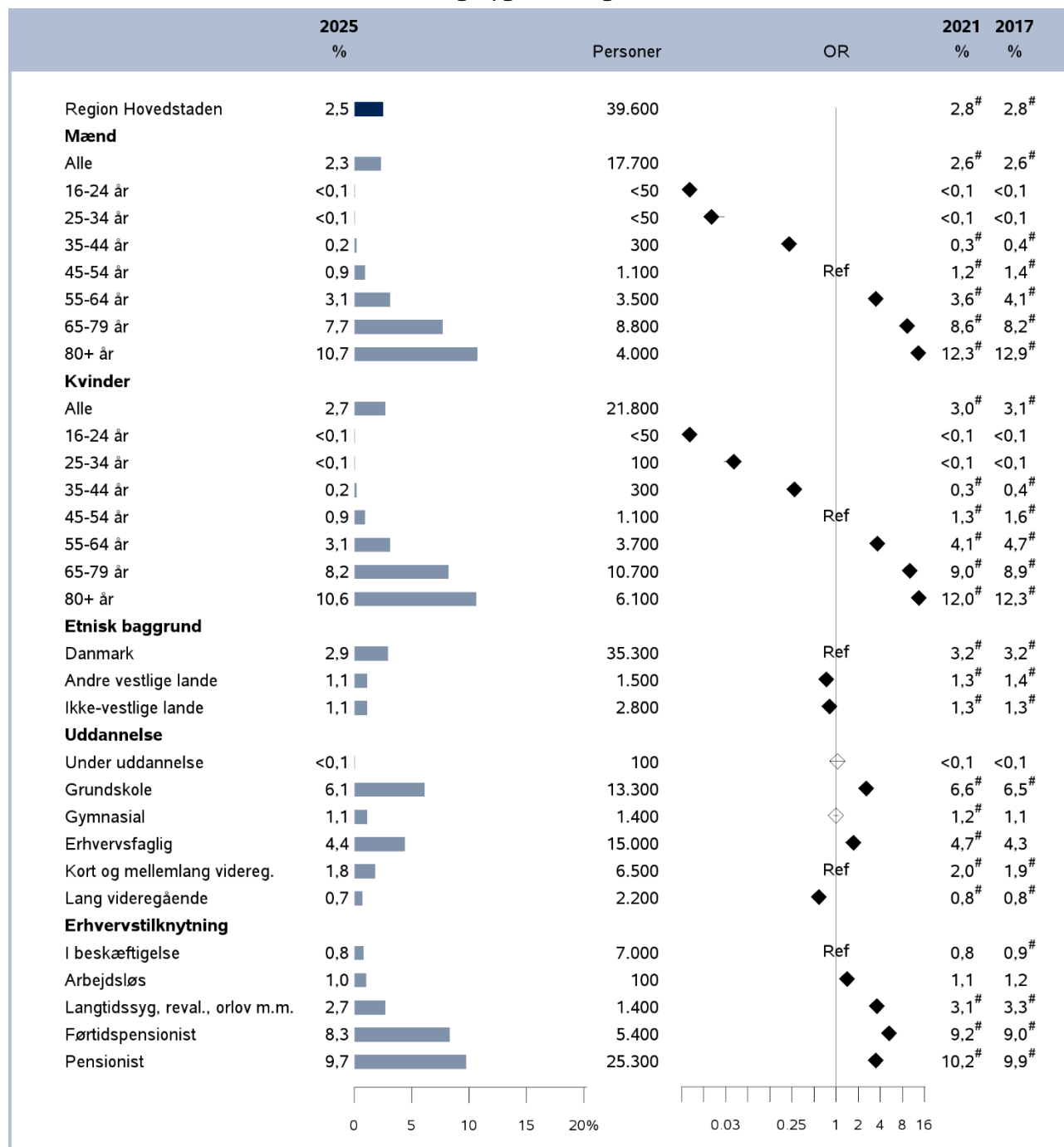
Uddannelse: Forekomsten af KOL falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Den er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (6,1 %), mens den er lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (0,7 %) og borgere under uddannelse (<0,1 %). Når der ses på odds ratio (OR)

justeret for køn og alder, er OR for KOL dog lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse, mens der ikke er signifikant forskel på OR mellem borgere under uddannelse og borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af KOL er højest blandt pensionister (9,7 %) og førtidspensionister (8,3 %) og lavest blandt borgere i beskæftigelse (0,8 %) og arbejdsløse borgere (1,0 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, er OR for KOL højest blandt førtidspensionister. Derudover har arbejdsløse borgere højere OR for KOL end borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af KOL faldet en anelse fra 2,8 % i 2017 og 2021 til 2,5 % i 2025 (Tabel 10.1; Figur 10.1). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses ligeledes et fald fra 2017 til 2025, hvor faldet primært er sket fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. Fra 2021 til 2025 ses de største absolutte fald blandt de 80+ årige, mens der ses større relative fald blandt de 35-54-årige. Det skal dog bemærkes, at der kan være tale om overestimering af faldet, da der forventes en mindre underestimering af prævalensen af KOL i 2025 grundet opgørelser pr. 1/11 2024.

Tabel 10.1 Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

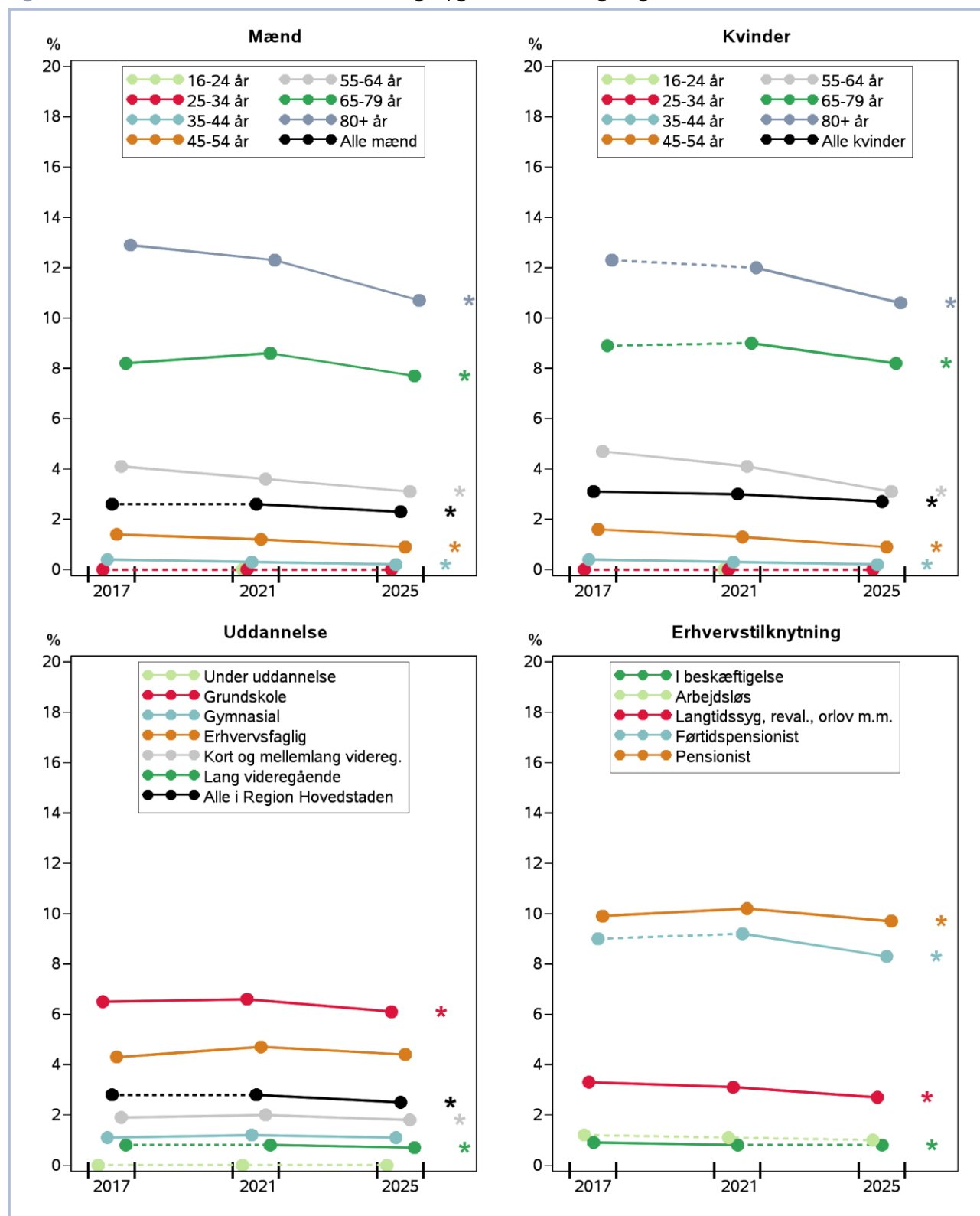
Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

De tomme felter (=) angiver, at der er for få personer med KOL i aldersgruppen til at opgøre prævalensen (pr. definition kan borgere under 30 år ikke have KOL).

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret strek igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 10.1 Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af grupper.

Forekomsten er ikke opgjort for 16-24-årige, da de pr. definition ikke kan have KOL.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2017 og 2025.

Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – sundhedsråd

Forekomsten af KOL varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 1,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 3,3 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 10.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i Sundhedsråd Nordsjælland og Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid. OR for KOL er således højere i Sundhedsråd

Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen sammenlignet med regionen som helhed, mens OR er lavere i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland.

Udvikling: I alle fire sundhedsråd er forekomsten af KOL faldet fra 2017 til 2025, hvilket skyldes et fald fra 2021 til 2025, ligesom i regionen som helhed. Det største fald ses i Sundhedsråd Amager og Vestegnen.

Tabel 10.2 Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – sundhedsråd

	2025 %	Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	2,5	39.600	Ref	2,8 [#]	2,8 [#]
Sundhedsråd					
Hovedstaden	1,9 *	13.400	◆	2,2 [#]	2,3 [#]
Amager og Vestegnen	3,0 *	7.500	◆	3,5 [#]	3,6 [#]
Københavns Omegn Nord	2,5	9.600	◆	2,8 [#]	2,9 [#]
Nordsjælland	3,3 *	9.100	◆	3,7 [#]	3,6 [#]

Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref).

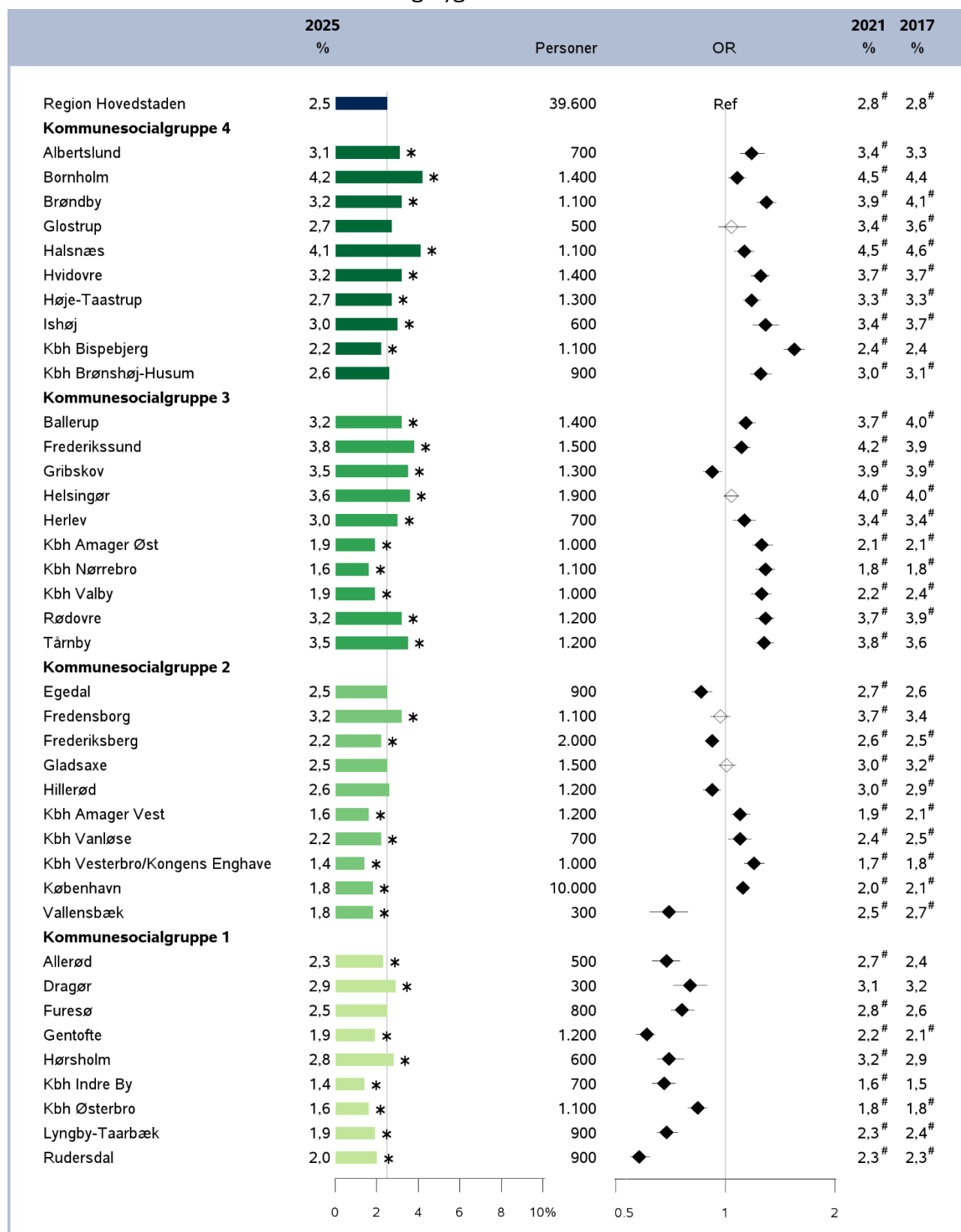
* Statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – kommuner

Forekomsten af KOL varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,4 % i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Indre By til 4,2 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 10.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, hvor forekomsten er højere end i regionen som helhed i størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4, mens den er lavere i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2. Når der ses på OR justeret for køn og alder, bliver den sociale gradient markant tydeligere.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er forekomsten af KOL faldet fra 2017 til 2025 i de fleste kommuner og bydele, hvor faldet primært er sket fra 2021 til 2025. Fra 2021 til 2025 er Dragør Kommune således den eneste kommune, hvor der ikke ses et signifikant fald i forekomsten. De største fald fra 2021 til 2025 ses i Brøndby, Glostrup og Valensbæk kommuner.

Tabel 10.3 Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Patienthåndbogen. KOL [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patient-haandbogen/lunger/sygdomme/kol/kol/>
2. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
3. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Kapitel 11: Astma

Astma er en kronisk sygdom i luftvejene, hvor der er en betændelseslignende tilstand (1,2). Dette medfører, at luftvejene bliver overfølsomme, hyperaktive og trækker sig sammen ved ydre påvirkninger, som raske luftveje ikke ville reagere på (1). De typiske symptomer på astma er åndenød, hoste, pibende/hvæsende vejrtrækninger og trykken for brystet, hvor symptomerne varierer i intensitet og over tid (1,3).

Forekomsten af astma afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med astma identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med astma ud fra oplysninger om astmadiagnose i hospitalsregi og/eller behandlinger for astma med medicin. Oplysningerne fås fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedelstatistikregisteret (LSR) (4). Ved at benytte RUKS i Sundhedsprofil 2025 opnås resultater, der er mere sammenlignelige med opgørelser fra andre steder, fx Sundhedsdatabanken (5).

Afgrænsningen af astma i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021, hvor der blev benyttet en algoritme udviklet af teamet bag sundhedsprofilen i samarbejde med det Sundhedsfaglige Råd for Lungesygdomme i Region Hovedstaden med udgangspunkt i bl.a. algoritmen fra RUKS. Der er dog ikke store forskelle mellem de to algoritmer. Afgrænsningen af astma i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra afgrænsningen i Den Nationale Sundhedsprofil, hvor der bruges selvrapporterede oplysninger fra spørgeskema. Der er derfor en forventning om, at prævalensen opgjort i Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden er lavere end prævalensen opgjort i Den Nationale Sundhedsprofil inkl. opgørelser på danskernessundhed.dk. Derudover forventes en mindre underestimering af prævalensen i 2025, da den er opgjort pr. 1/11 2024 grundet forsinkelser i opdateringen af RUKS. Personer, der kun er registreret med astma i de sidste to måneder af 2024, vil derfor ikke indgå som havende astma. For 2017 og 2021 er forekomsten opgjort pr. 1/1 det pågældende år. Afgrænsningen af astma i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

Definition af borgere med astma i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som er registreret med astma i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), opdateret 1. november 2024.

I RUKS inkluderes borgere med astma på følgende måde (4):

Alle borgere, som inden for de seneste fem år har haft mindst én sygehuskontakt med en relevant aktions- eller bidiagnose i Landspatientregisteret (LPR) og/eller har haft mindst to receptkøb (på forskellige datoer) i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), som hver opfylder minimum ét af nedenstående kriterier for medicin.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- J45 (astma)

Kriterier for medicin, hvor én af nedenstående kriterier skal være opfyldt:

Lægemiddelkøb med specifik indikationskode for astma tilknyttet (uanset lægemiddel):

- 202 (mod astma)
- 203 (til forebyggelse af astma)
- 822 (mod eosinofil astma)
- 1018 (mod akut forværring af astma)

Lægemidler med følgende ATC-koder i LSR, kun godkendt til astma:

- R03DC03 (montelukast)
- R03AL12 (glycopyrroniumbromid, indacaterol, mometasonfuroat)

Lægemidler mod obstruktive lungesygdomme (R03), undtagen medicin, som kun er godkendt til KOL, hvis der ikke foreligger en KOL-diagnose, og hvis personen var i astma-populationen året før.

Eksklusion: borgere med cystisk fibrose (dvs. registreret med ICD-10-kode E84 eller to køb af lægemidler med indikationskode 369, 433 eller 936 eller ATC-kode R05CB13); borgere, som udelukkende er i LSR med indikationskode for astma, men ikke har købt medicin fra ATC-gruppen R03.

ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

Forekomst af astma – region

I 2025 har 7,7 % af borgerne i Region Hovedstaden astma, svarende til 123.400 personer (Tabel 11.1).

Køn og alder: Forekomsten af astma er højere blandt kvinder (8,7 %) end blandt mænd (6,7 %). For begge køn stiger forekomsten med stigende alder fra 25-34 år til 65-79 år og er således højest blandt de 65-79-årige mænd (8,5 %) og kvinder (12,1 %) og lavest blandt de 25-34-årige (mænd: 4,8 %; kvinder: 5,9 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af astma er højere blandt borgere med dansk baggrund (8,4 %) end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (6,3 %) og anden vestlig baggrund (4,3 %).

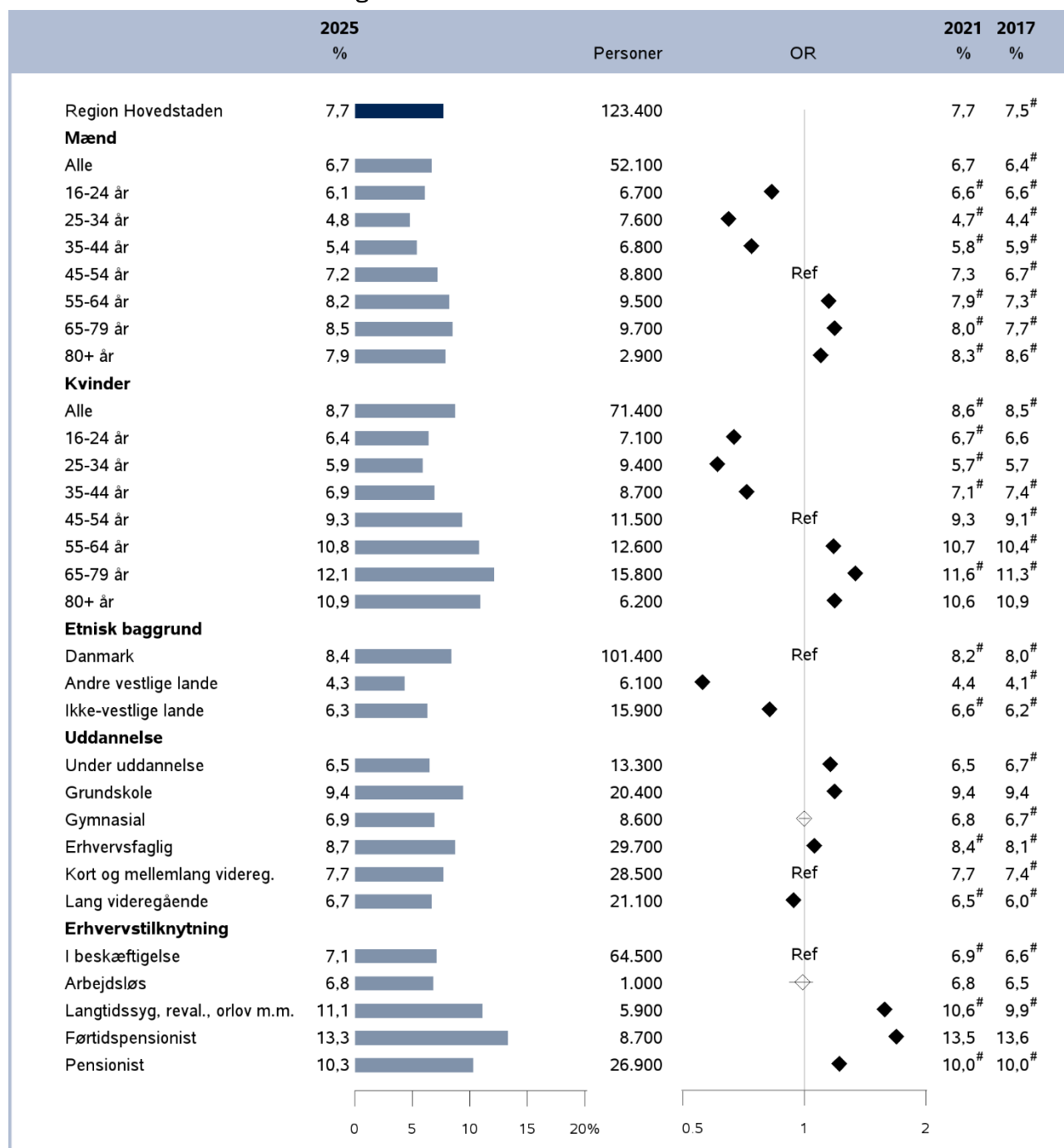
Uddannelse: Forekomsten af astma falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (9,4 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse og borgere under uddannelse (hhv. 6,7 % og 6,5 %). Når der ses på odds ratio (OR)

justeret for køn og alder, har borgere under uddannelse dog en signifikant højere OR for astma sammenlignet med borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af astma er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse, når der ses bort fra arbejdsløse borgere. Forekomsten er dermed lavest blandt borgere i beskæftigelse (7,1 %) og arbejdsløse borgere (6,8 %) og højest blandt førtidspensionister (13,3 %).

Udvikling: I regionen som helhed ses en lille stigning i forekomsten af astma fra 7,5 % i 2017 til 7,7 % i både 2021 og 2025 (Tabel 11.1; Figur 11.1). Der ses mindre stigninger fra 2017 til 2025 for de fleste sociodemografiske grupper, mens der for enkelte grupper ses et lille fald i forekomsten. De største stigninger ses blandt 55-79-årige mænd og langtidsyge borgere.

Tabel 11.1 Forekomst af astma – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

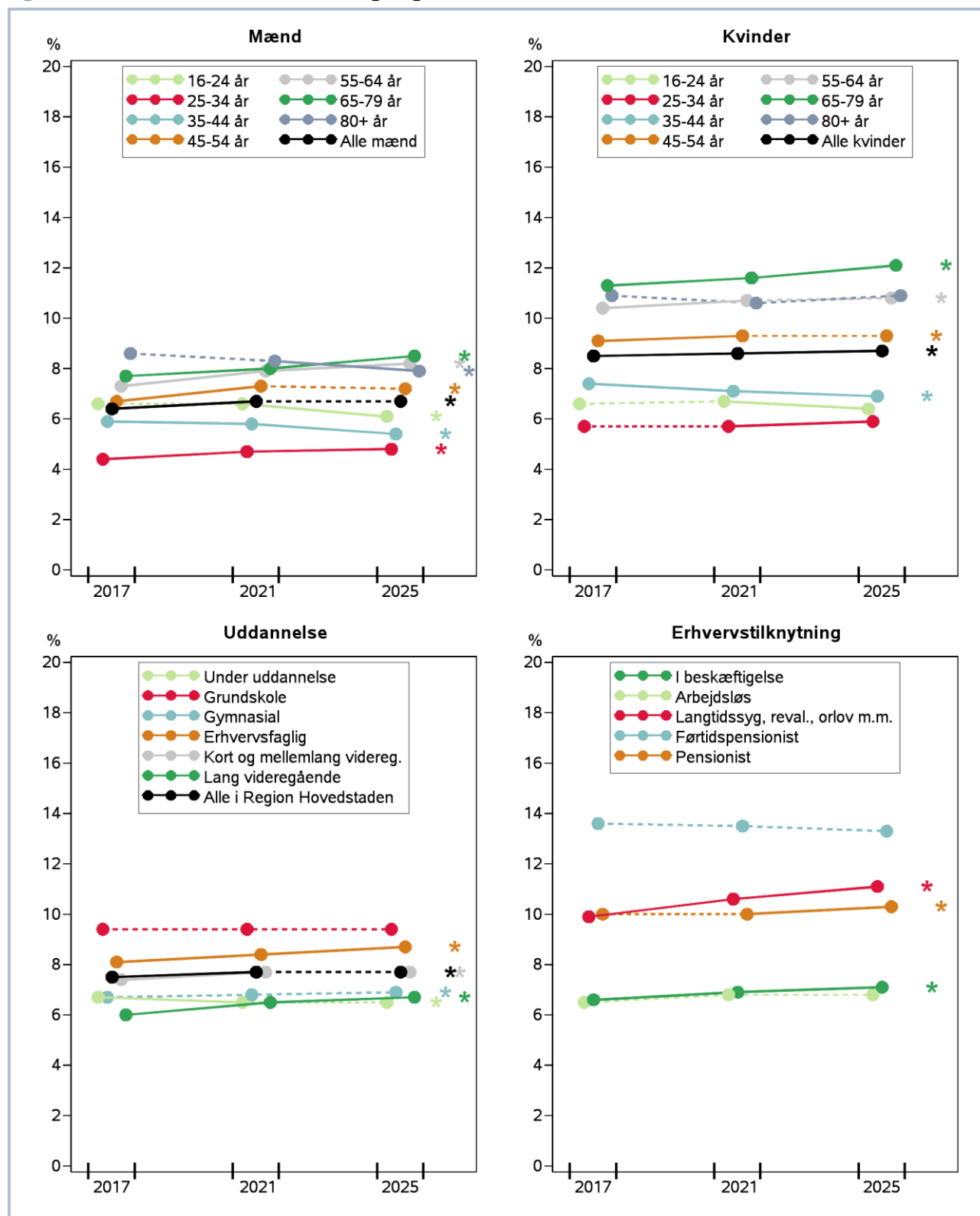
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 11.1 Forekomst af astma – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

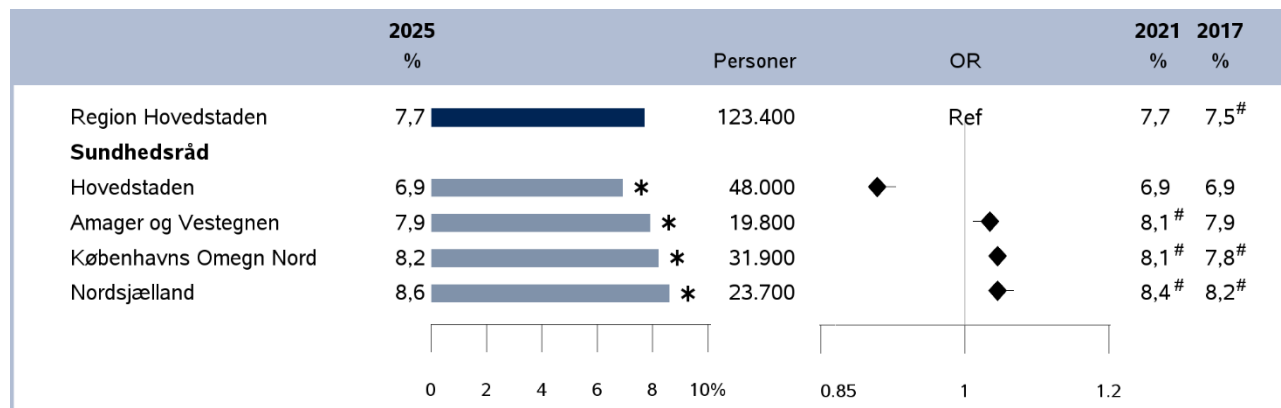
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af astma – sundhedsråd

Forekomsten af astma varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 6,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 8,6 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 11.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd.

Udvikling: Der ses en lille og begrænset gradvis stigning i forekomsten af astma i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland fra 2017 til 2025, mens der i de to øvrige sundhedsråd ikke er signifikante forskelle mellem forekomsten i 2017 og i 2025.

Tabel 11.2 Forekomst af astma – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

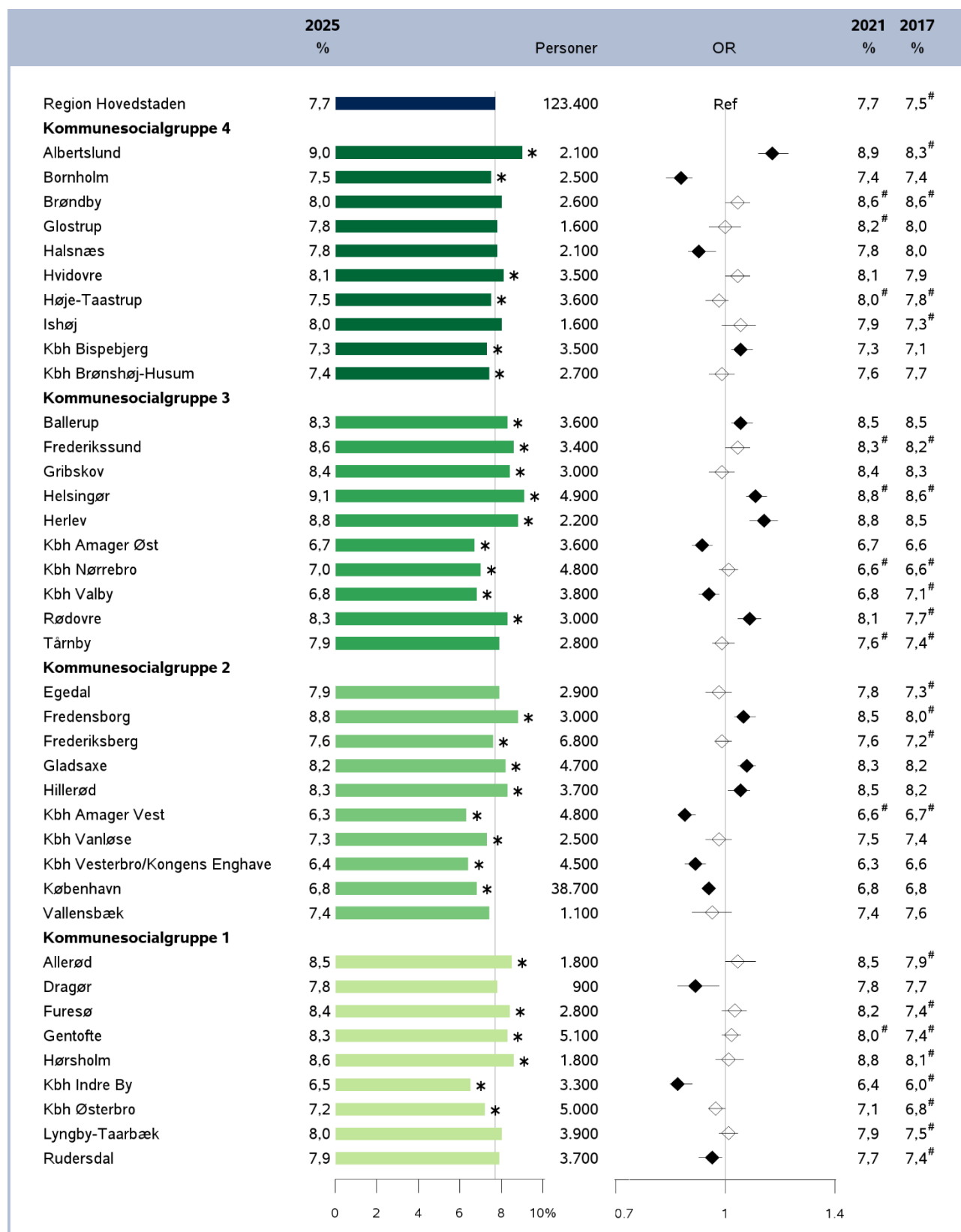
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af astma – kommuner

Forekomsten af astma varierer på tværs af kommuner og bydele fra 6,3 % i bydelen Amager Vest til 9,1 % i Helsingør Kommune (Tabel 11.3). Når der ses på forekomsterne på tværs af de fire kommunesocialgrupper, ses der ikke tegn på en social gradient, heller ikke når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses i flere kommuner mindre stigninger i forekomsten af astma fra 2017 til 2025, som især er sket fra 2017 til 2021. I enkelte kommuner ses dog et begrænset fald i perioden. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses i Furesø Kommune.

Tabel 11.3 Forekomst af astma – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Lægehåndbogen. Astma [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/>
2. Astma-Allergi Danmark. Hvad er astma? [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.astma-allergi.dk/viden-om/astma/hvad-er-astma/>
3. Lungeforeningen. Symptomer på astma [internet]. [Henvist 24. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://lunge.dk/lungesygdomme/astma/symptomer-paa-astma/>
4. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
5. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Kapitel 12: Allergi

Allergi er en overreaktion i immunsystemet, hvor det reagerer unormalt eller for kraftigt imod ellers harmløse stoffer (allergener) i omgivelserne (1). Allergi omfatter bl.a. allergisk snue (også kendt som høfeber) og fødevareallergi med symptomer fra fx næse, øjne, hud, mund samt sygdomsfølelse, træthed og koncentrationsbesvær (2). For fødevareallergi ses derudover risiko for livstruende allergiske reaktioner. Allergisk snue udløses af luftbårne allergener, hvor de hyppigste er græspollen, birkepollen, husstøvmider og allergener fra pelsdyr, særligt katte. Fødevareallergi blandt voksne udløses oftest af skaldyr, fisk og nødder. Derudover er der krydsallergi som følge af pollenallergi (sekundær fødevareallergi, også kendt som pollen-fødevare-krydsallergi) (2).

Forekomsten af allergi afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. Da de fleste borgere med allergi diagnosticeres og behandles i almen praksis, og da den medicinske behandling, som de eventuelt modtager, i høj grad inkluderer håndkøbsmedicin, er det vanskeligt at anvende registerdata til at afgrænse allergi. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med allergi derfor identificeret via spørgeskema-data. Se tekstboksen for en definition af borgere med allergi i Sundhedsprofil 2025. Definitionen er baseret på flere specifikke spørgsmål om allergi og afviger således fra definitionen brugt i Den Nationale Sundhedsprofil 2025 og på dansknessundhed.dk, som er baseret på et enkelt overordnet spørgsmål.

Definition af borgere med allergi i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2010, 2013, 2017, 2021 eller 2025, og som ved minimum et af spørgsmålene om 'allergisk snue', 'fødevareallergi' eller 'anden allergi' har svaret 'Ja, det har jeg nu' eller har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra allergien.

Forekomst af allergi – region

I 2025 har 34 % af borgerne i Region Hovedstaden allergi, svarende til 544.900 personer (Tabel 12.1).

Køn og alder: Forekomsten af allergi er højere blandt kvinder (37 %) end blandt mænd (31 %). For kvinder ses den højeste forekomst blandt de 35-44-årige og 45-54-årige (hhv. 40 % og 41 %), mens den højeste forekomst for mænd ses blandt de 16-54-årige (34-35 %). Efter 45-54 år falder forekomsten med stigende alder. Den laveste forekomst ses således blandt de 80+ årige (mænd: 18 %; kvinder: 29 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af allergi er lavest blandt borgere med dansk baggrund (33 %) og højest blandt borgere med anden vestlig baggrund (35 %) og ikke-vestlig baggrund (36 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke signifikant forskel mellem grupperne.

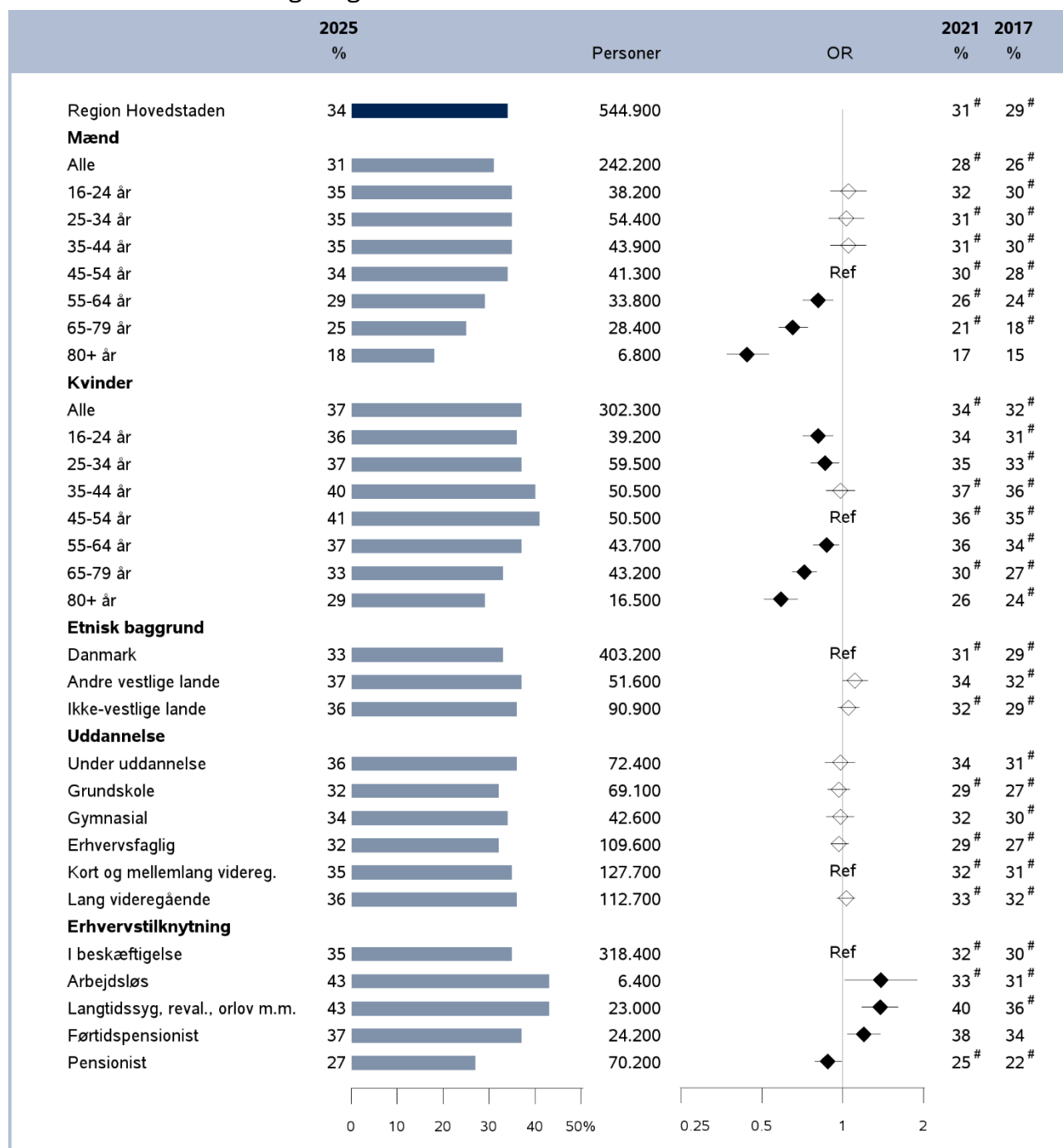
Uddannelse: Der ses en tendens til, at forekomsten af allergi stiger med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse, om end

forskellene er begrænsede. Forekomsten er således lavest blandt borgere med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig uddannelse (32 %) og højest blandt borgere med lang videregående uddannelse og borgere under uddannelse (begge 36 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, er der dog ikke signifikant forskel mellem uddannelsesgrupperne.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af allergi er højest blandt arbejdsløse og langtidssyge borgere (begge 43 %) og lavest blandt pensionister (27 %).

Udvikling: I regionen som helhed ses en gradvis stigning i forekomsten af allergi fra 29 % i 2017 til 34 % i 2025 (Tabel 12.1; Figur 12.1). Der ses ligeledes en stigning i forekomsten fra 2017 til 2025 på tværs af alle de sociodemografiske grupper, med undtagelse af 80+ årige mænd og førtidspensionister. Stigningen er for størstedelen af grupperne sket gradvist eller fra 2021 til 2025. Fra 2017 til 2025 ses den største stigning blandt arbejdsløse borgere, mens der også ses store stigninger blandt de 45-54-årige og 65-79-årige borgere.

Tabel 12.1 Forekomst af allergi – region



Baseret på 37.680 besvarelser i 2025, 52.520 besvarelser i 2021 og 52.510 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen.

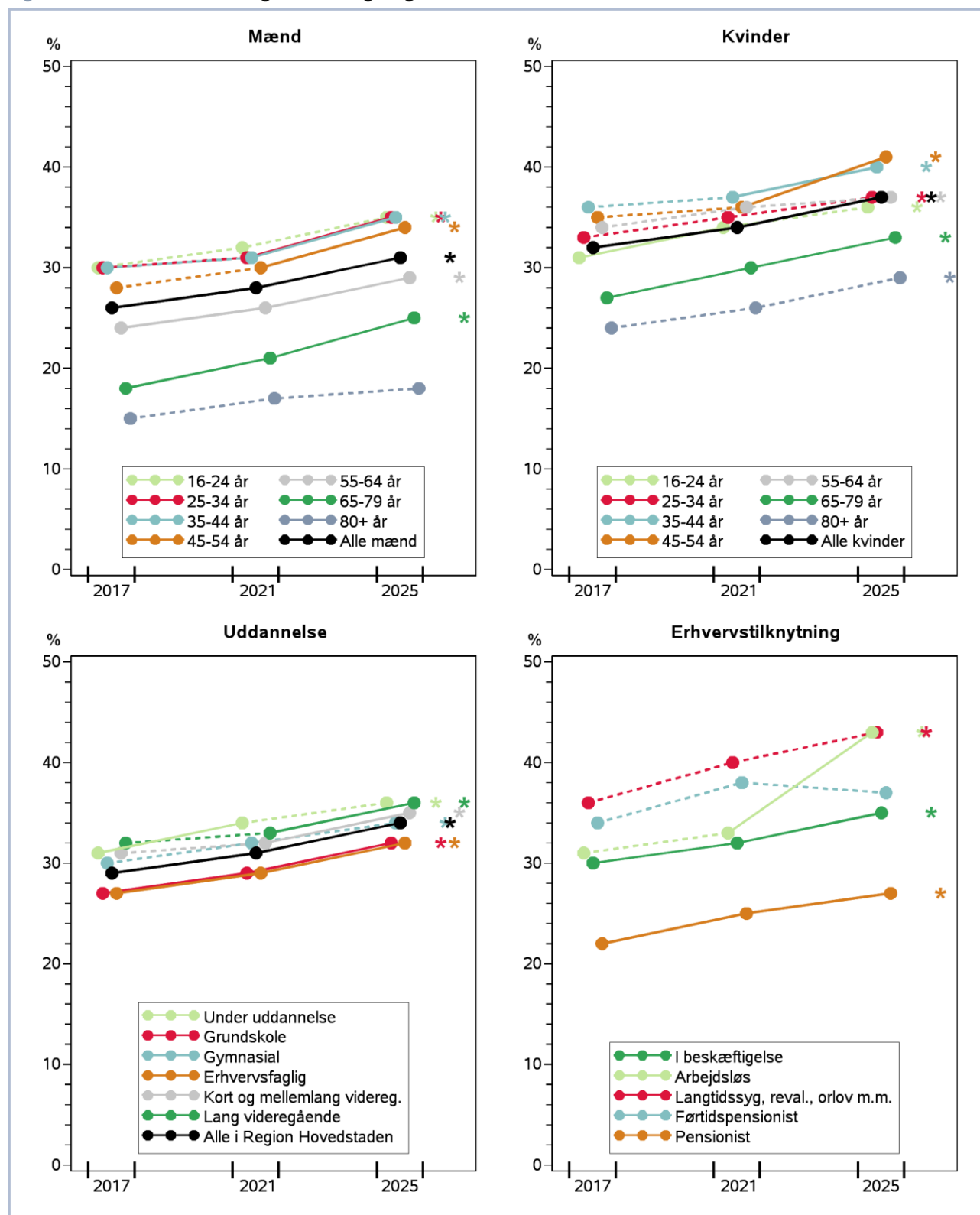
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg ved røde: 95 %-konfidensinterval.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 12.1 Forekomst af allergi – udvikling i region



Baseret på 37.680 besvarelser i 2025, 52.520 besvarelser i 2021 og 52.510 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF. Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af grupper. Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2017 og 2025.

Forekomst af allergi – sundhedsråd

Der ses mindre variationer i forekomsten af allergi på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 33 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland til 35 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Tabel 12.2). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten signifikant lavere i Sundhedsråd Nordsjælland og signifikant højere i Sundhedsråd

Hovedstaden. Når der ses på OR justeret for køn og alder, er der dog ingen signifikant forskel mellem sundhedsrådene i forhold til allergi.

Udvikling: Ligesom regionen som helhed ses der en gradvis stigning i forekomsten af allergi på tværs af alle sundhedsrådene. Stigningen er i samme størrelsesorden på tværs af sundhedsrådene.

Tabel 12.2 Forekomst af allergi – sundhedsråd

	2025 %	Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	34	544.900	Ref	31 [#]	29 [#]
Sundhedsråd					
Hovedstaden	35 *	240.200		32 [#]	30 [#]
Amager og Vestegnen	34	84.700		31 [#]	29 [#]
Københavns Omegn Nord	33	129.000		32 [#]	29 [#]
Nordsjælland	33 *	91.000		30 [#]	28 [#]

Baseret på 37.680 besvarelser i 2025, 52.520 besvarelser i 2021 og 52.510 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg ved rude: 95 %-konfidensinterval.

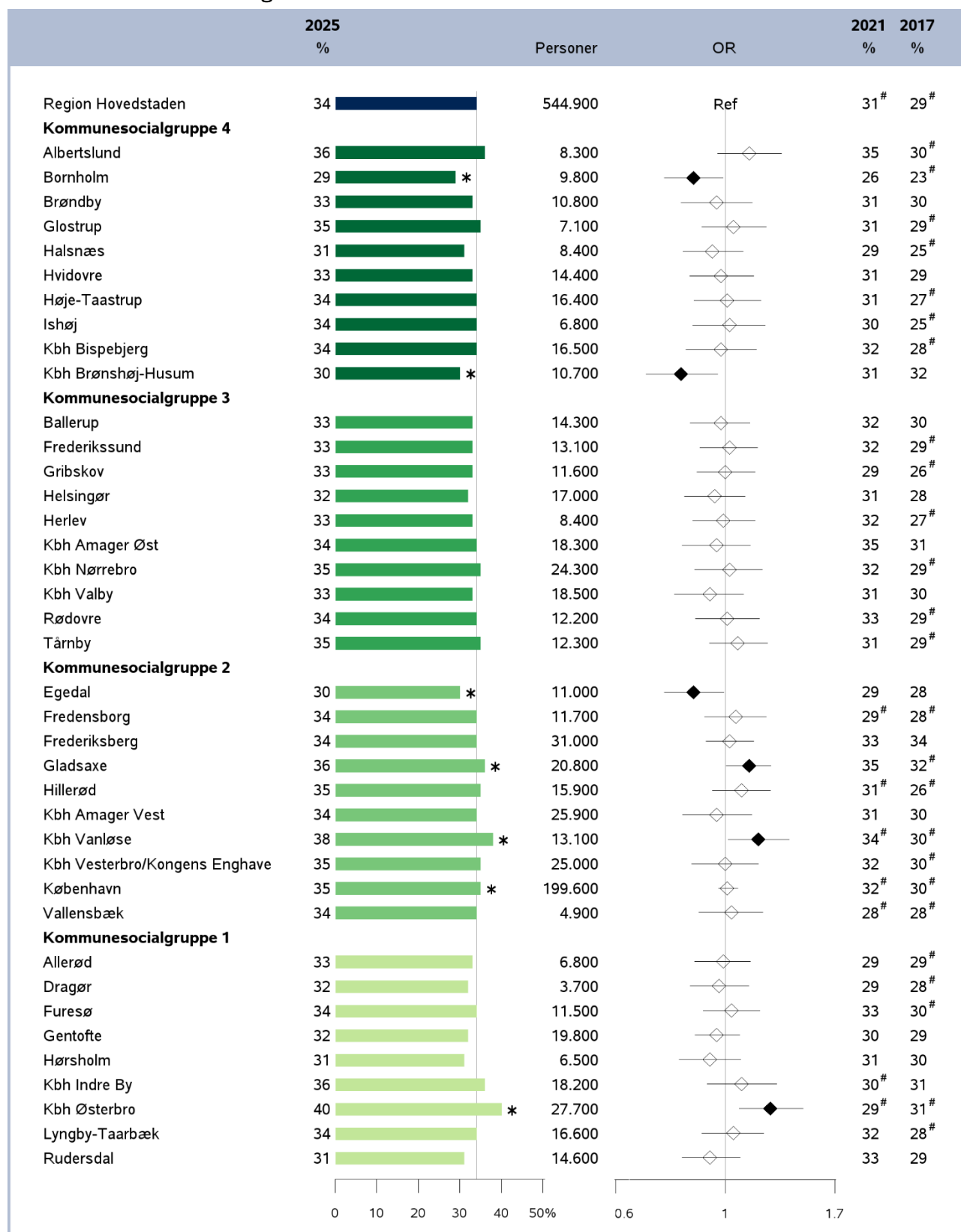
* Statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af allergi – kommuner

Forekomsten af allergi varierer på tværs af kommuner og bydele fra 29 % i Bornholms Regionskommune til 40 % i bydelen Østerbro (Tabel 12.3). Der ses ingen tydelig social gradient i forekomsten af allergi på tværs af kommunesocialgrupper. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der ingen overordnet signifikant forskel på tværs af kommuner og bydele. Der er dog stadig enkelte kommuner og bydele, der har en signifikant højere eller lavere OR for allergi sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses en stigning i forekomsten af allergi fra 2017 til 2025. I de øvrige kommuner ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer. Fra 2021 til 2025 ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i de fleste kommuner – i de resterende ses der en stigning. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses i bydelen Østerbro samt i Hillerød og Ishøj kommuner.

Tabel 12.3 Forekomst af allergi – kommuner



Baseret på 37.680 besvarelser i 2025, 52.520 besvarelser i 2021 og 52.510 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg ved røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Astma-Allergi Danmark. Hvad er allergi? [internet]. [Henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.astma-allergi.dk/viden-om/allergi/hvad-er-allergi/>
2. Eliassen MH, Grønkjær MS, Elsborg P, Andreassen AH, Toxværd CG, Holflod JF, m.fl. Allergi og eksem — forekomst, sundhed og sygdom. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2025. Tilgængelig hos: <https://research.regionh.dk/da/publications/allergi-og-eksem-forekomst-sundhed-og-sygdom/>

Kapitel 13: Knogleskørhed

Knogleskørhed eller osteoporose er en knoglesygdom, hvor knoglemassen er nedsat, og knoglernes struktur forringet. Dette medfører, at knoglerne bliver porøse, og risikoen for brud forøges. Der er ingen synlige ydre symptomer, og sygdommen opdages oftest først ved knoglebrud, ofte lænderyg-, hofte- eller underarmsbrud, der opstår ved mindre uheld eller lette fald (1).

Forekomsten af knogleskørhed afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med knogleskørhed identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med knogleskørhed ud fra oplysninger om diagnose for knogleskørhed i hospitalsregi og/eller behandlinger for knogleskørhed med medicin. Oplysningerne fås fra hhv. Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (2). Ved at benytte RUKS i Sundhedsprofil 2025 opnås resultater, der er mere sammenlignelige med opgørelser fra andre steder, fx Sundhedsdatabanken (3).

Afgrænsningen af knogleskørhed i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021, hvor der blev benyttet en algoritme udviklet af teamet bag sundhedsprofilen i samarbejde med det Sundhedsfaglige Råd for Endokrinologi i Region Hovedstaden med udgangspunkt i bl.a. algoritmen fra RUKS. Der er dog begrænsede forskelle mellem de to algoritmer. Afgrænsningen af knogleskørhed i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra afgrænsningen i Den Nationale Sundhedsprofil, hvor der bruges selvrapporterede oplysninger fra spørgeskema. Det skal bemærkes, at der forventes en mindre underestimering af prævalensen i 2025, da den er opgjort pr. 1/11 2024 grundet forsinkelser i opdateringen af RUKS. Personer, der kun er registreret med knogleskørhed i de sidste to måneder af 2024, vil derfor ikke indgå som havende knogleskørhed. For 2017 og 2021 er forekomsten opgjort pr. 1/1 det pågældende år. Afgrænsningen af knogleskørhed i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

Definition af borgere med knogleskørhed i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som er registreret med knogleskørhed i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), opdateret 1. november 2024.

I RUKS inkluderes borgere med knogleskørhed på følgende måde (2):

Alle borgere, som inden for de seneste 10 år har haft mindst én sygehuskontakt med en relevant aktions- eller biddiagnose i Landspatientregisteret (LPR) og/eller har haft mindst to receptkøb (på forskellige datoer) i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) for medicin godkendt til behandling af knogleskørhed.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- M80-M82 (knogleskørhed med/uden sygdomsrelateret fraktur samt knogleskørhed ved sygdom andetsteds)

Lægemidler med følgende ATC-koder i LSR:

- M05BA01, M05BA04, M05BA06, M05BA07 (bisfosfonater, kun 150-mg-tabletter og injektionsvæske i styrken 1 mg/ml)
- M05BB01, M05BB03 (bisfosfonater, kombinationer)
- M05BX03 (strontiumranelat)
- M05BX04 (denosumab, kun 60 mg/ml)
- G03XC01 (raloxifen)
- H05AA02 (teriparatid)
- H05AA03 (parathyroideahormon, kun lægemidler med pakningsnavnet Preotact)

ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

Forekomst af knogleskørhed – region

I 2025 har 3,3 % af borgerne i Region Hovedstaden knogleskørhed, svarende til 53.400 personer (Tabel 13.1).

Køn og alder: Forekomsten af knogleskørhed er højere blandt kvinder (5,4 %) end blandt mænd (1,1 %). Dette gælder især blandt de 45+ årige. For begge køn stiger forekomsten med stigende alder fra 35-44 år, og den er således højest blandt de 80+ årige (mænd: 7,0 %; kvinder: 27,3 %).

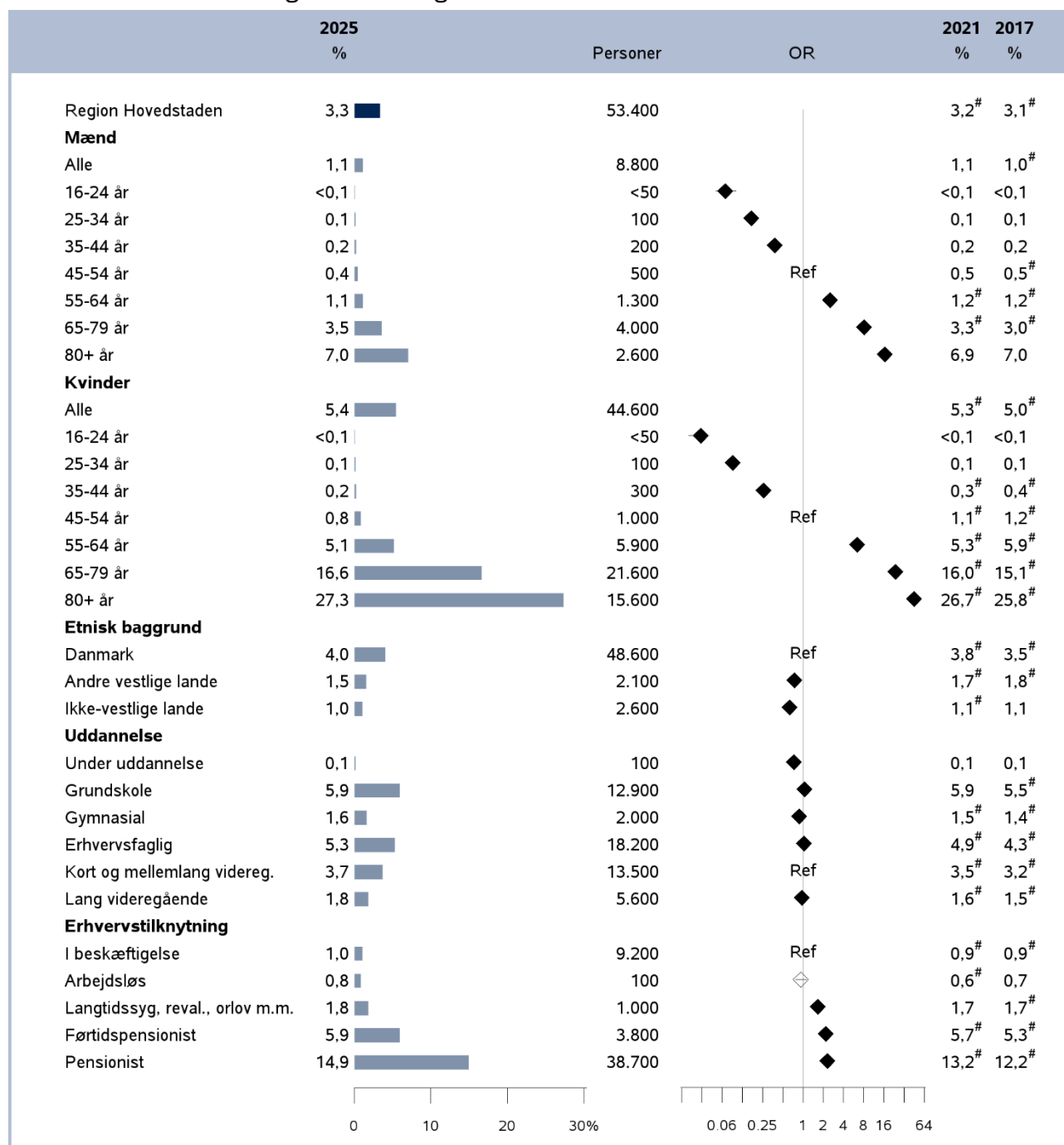
Etnisk baggrund: Forekomsten af knogleskørhed er højere blandt borgere med dansk baggrund (4,0 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (1,5 %) og ikke-vestlig baggrund (1,0 %).

Uddannelse: Forekomsten af knogleskørhed falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (5,9 %) og lavere blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,8 %). Forekomsten er dog lavest blandt borgere under uddannelse (0,1 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af knogleskørhed er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse, når der ses bort fra arbejdsløse borgere. Forekomsten er dermed mindst blandt borgere i beskæftigelse (1,0 %) og arbejdsløse borgere (0,8 %), og den er højest blandt pensionister (14,9 %).

Udvikling: I regionen som helhed ses en lille gradvis stigning i forekomsten af knogleskørhed fra 3,1 % i 2017 til 3,3 % i 2025 (Tabel 13.1; Figur 13.1). I størstedelen af sociodemografiske grupper, med undtagelse af aldersgrupper under 44 år, hvor forekomsten er under 0,2 %, er der sket en gradvis stigning ligesom i regionen som helhed. Der er dog sket et lille gradvist fald blandt de 35-64-årige kvinder og blandt borgere med anden vestlig baggrund. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses blandt pensionister og 65+ årige kvinder.

Tabel 13.1 Forekomst af knogleskørhed – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

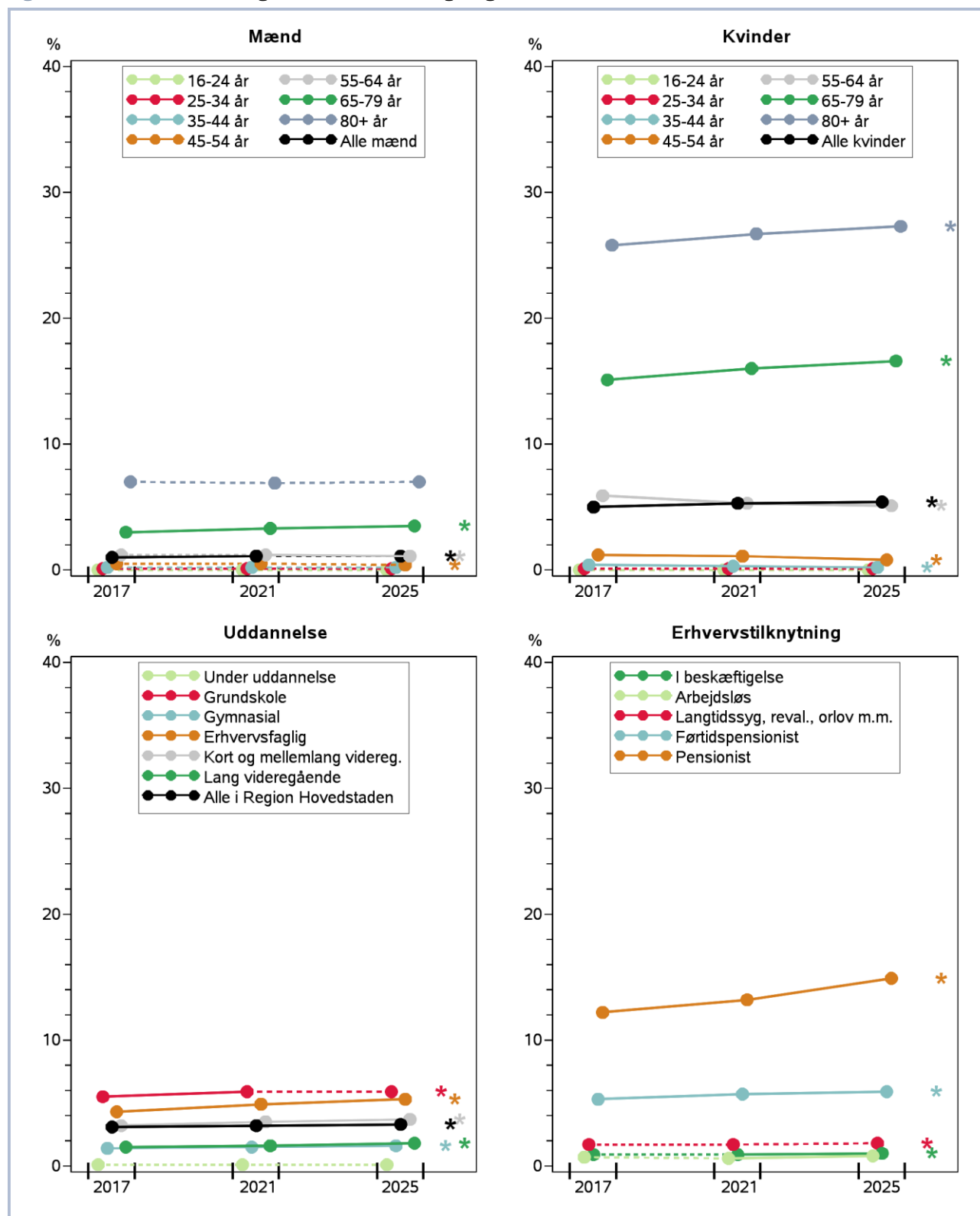
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 13.1 Forekomst af knogleskørhed – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

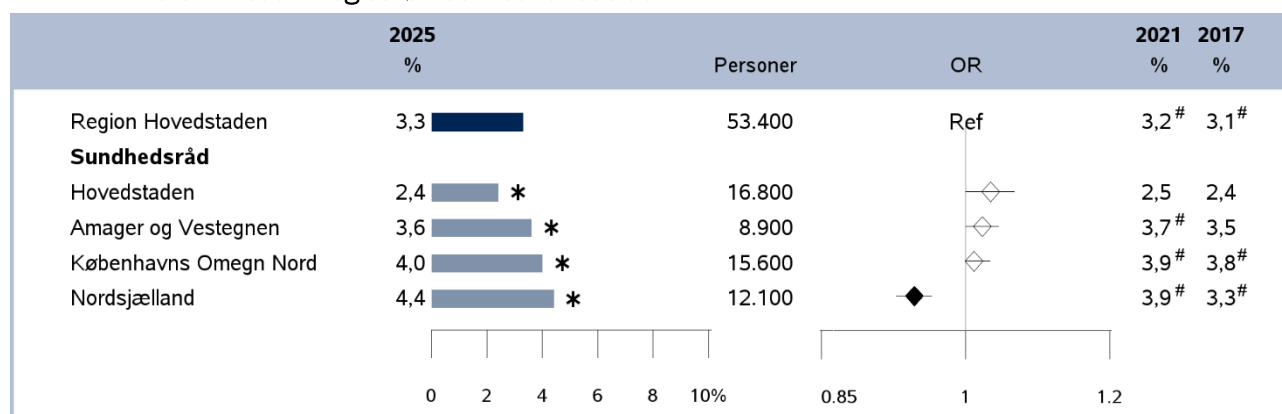
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af knogleskørhed – sundhedsråd

Forekomsten af knogleskørhed varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 2,4 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 4,4 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 13.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid i alle sundhedsrådene. Der ses således en lavere OR for knogleskørhed i Sundhedsråd Nordsjælland sammenlignet med regionen som helhed, mens der ikke er forskel på OR i regionen som helhed og i de tre øvrige sundhedsråd.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er der sket en gradvis stigning i forekomsten af knogleskørhed i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland fra 2017 til 2025, mens der i de to øvrige sundhedsråd ikke er signifikante forskelle i forekomsten i 2017 og 2025. Den største stigning ses i Sundhedsråd Nordsjælland.

Tabel 13.2 Forekomst af knogleskørhed – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

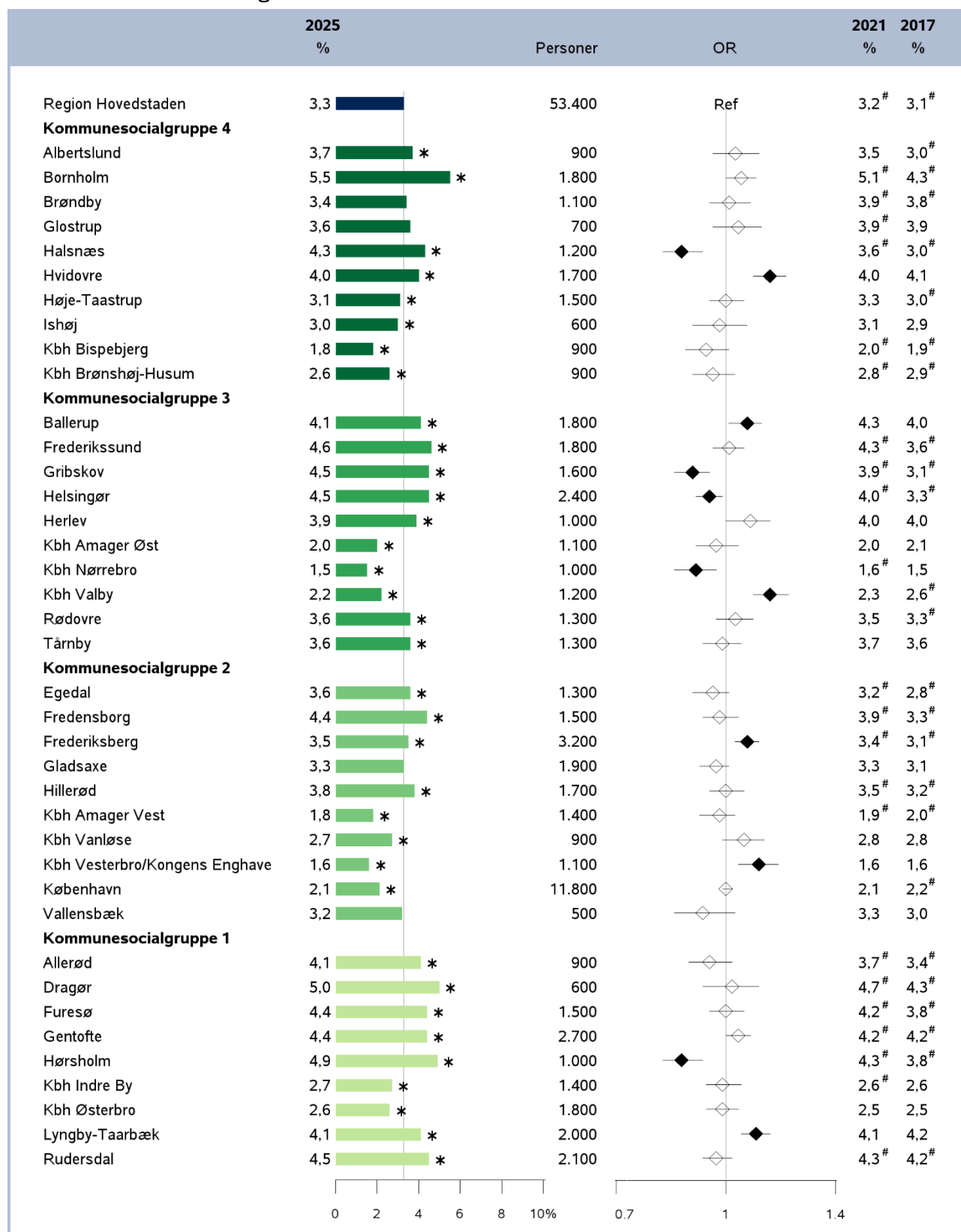
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af knogleskørhed – kommuner

Forekomsten af knogleskørhed varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,5 % i bydelen Nørrebro til 5,5 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 13.3). Der ses ikke tegn på en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I flere kommuner ses, ligesom i regionen som helhed, en gradvis stigning i forekomsten af knogleskørhed fra 2017 til 2025. I enkelte kommuner ses et begrænset fald i perioden eller ingen ændringer. De største stigninger fra 2017 til 2025 ses i Bornholms Regionskommune og i Gribskov og Halsnæs kommuner.

Tabel 13.3 Forekomst af knogleskørhed – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017. For 2025 er prævalensen opgjort pr. 1/11 2024 grundet manglende opdatering af RUKS. For 2021 og 2017 er prævalensen opgjort pr. 1/1.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Patienthåndbogen. Knogleskørhed, oversigt [internet]. [Henvist 3. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/knogleskoerhed-osteoporose/knogleskoerhed-oversigt/>
2. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS). 2023.
3. Sundhedsdatabanken. Kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatabank.dk/sygdomme/kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>

Kapitel 14: Inflammatorisk ledsygdom

Inflammatorisk ledsygdom er i Sundhedsprofil 2025 en fællesbetegnelse for en række sygdomme, fx leddegigt, psoriasisgigt og urinsyreigt. Sygdommene er alle kendetegnet ved at være en betændelsestilstand i kroppens led (1).

Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med inflammatorisk ledsygdom identificeret ud fra, om de har fået en diagnose for inflammatorisk ledsygdom i hospitalsregi eller er blevet behandlet for inflammatorisk ledsygdom med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret (LPR) og Lægemedeldata-basen. Definitionen af borgere med inflammatorisk ledsygdom i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen.

I Sundhedsprofil 2025 er der sammenlignet med Sundhedsprofil 2021 anvendt flere typer medicin samt flere indikationskoder for medicin efter anbefaling fra det Sundhedsfaglige Råd for Reumatologi. Afgrænsningen af inflammatorisk ledsygdom i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig derudover fra afgrænsningen i Den Nationale Sundhedsprofil inkl. danskernessundhed.dk, der udelukkende opgør forekomsten af leddegigt, som opgøres på baggrund af spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne.

Definition af borgere med inflammatorisk ledsygdom i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller inden for en 12-måneders periode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^b på to forskellige datoer, der opfylder begge af nedenstående kriterier for medicin.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- M05-M14 (inflammatoriske gigtssygdomme, som involverer flere led)
- M45, M46 (inflammatorisk rygsygdom)
- L405 (ledsygdom blandt borgere med hudsygdommen psoriasis)

Kriterier for medicin, hvor *begge* kriterier skal være opfyldt:

- a) Lægemedelkøb med én af følgende indikationskoder tilknyttet:
 - 147 (mod leddegigt)
 - 148 (mod urinsur gigt)
 - 402 (reumatoid artrit)
 - 404 (psoriasisgigt)
 - 406 (ankyloserende spondylitis)
 - 641 (mod reumatoid artrit)
- b) Lægemedler med følgende ATC-koder i Lægemedeldatabasen (LMBD):
 - M01A, M01C, L04AA13, A07EC01 (specifikke antiinflammatoriske og antireumatiske midler)
 - P01BA01, P01BA02 (aminochinoliner)
 - M04AA01, M04AA03, M04AB01, M04AC01 (midler mod urinsyreigt)
 - L04AX03, L04AK01 (methotrexat mod inflammatoriske og reumatiske sygdomme)

LPR: Landspatientregisteret. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10.

^a Med LPR-kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en somatisk eller psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra både LPR2, LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

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

Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – region

I 2025 har 2,5 % af borgerne i Region Hovedstaden inflammatorisk ledsygdom, svarende til 40.900 personer (Tabel 14.1).

Køn og alder: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er generelt højere blandt mænd (3,0 %) end blandt kvinder (2,1 %). For begge køn stiger forekomsten med stigende alder. Den er således lavest blandt de 16-24-årige (mænd: 0,4 %; kvinder: 0,6 %) og højest blandt de 80+ årige (mænd: 10,1 %; kvinder: 5,6 %).

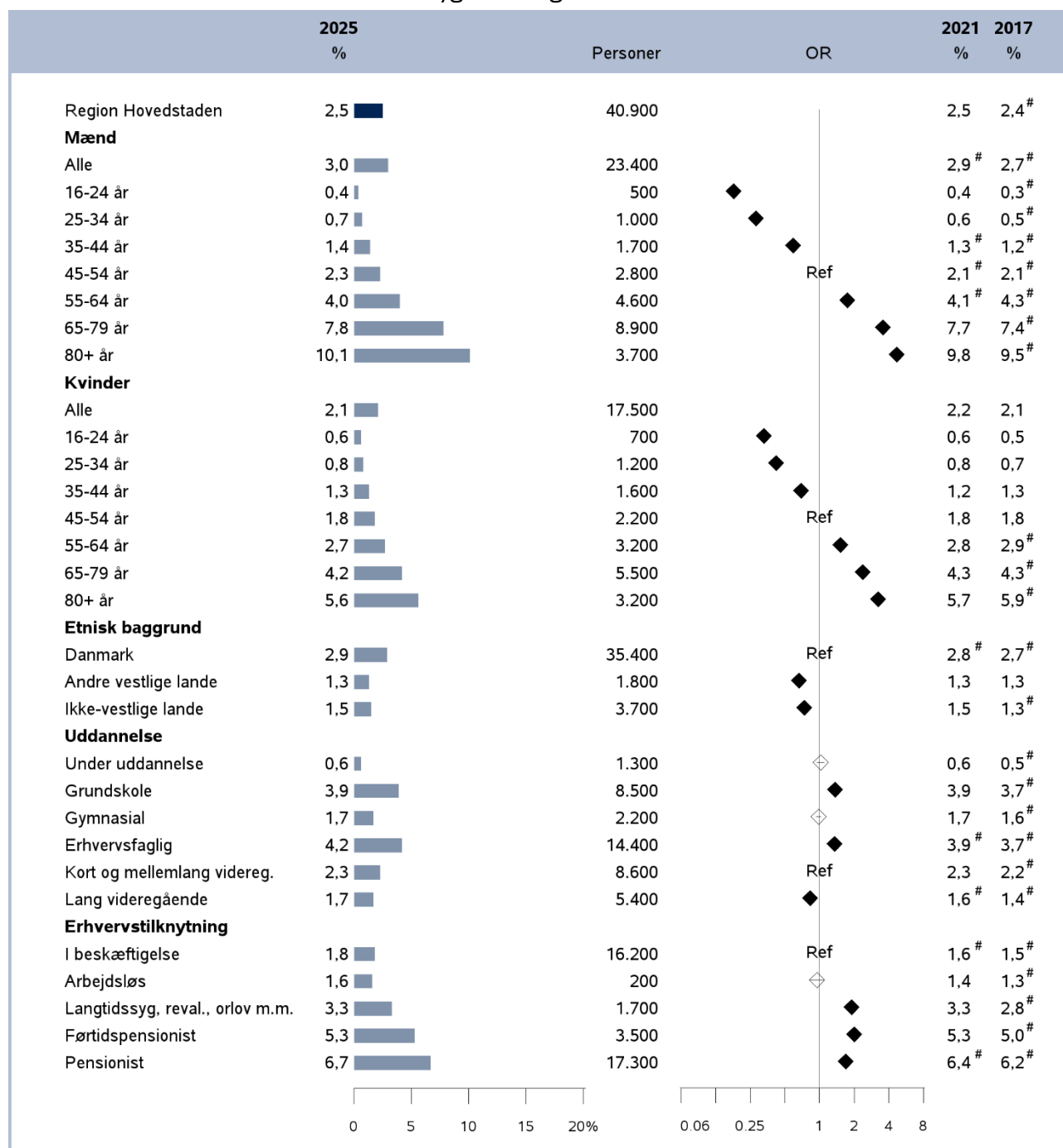
Etnisk baggrund: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er højere blandt borgere med dansk baggrund (2,9 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (1,3 %) og ikke-vestlig baggrund (1,5 %).

Uddannelse: Der er en tendens til, at forekomsten af inflammatorisk ledsygdom falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (3,9 %) og erhvervsfaglig uddannelse (4,2 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,7 %). Den er dog lavest blandt borgere under uddannelse (0,6 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, har borgere med lang videregående uddannelse dog den laveste OR for inflammatorisk ledsygdom.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse, når der ses bort fra arbejdsløse borgere. Forekomsten er dermed mindst blandt borgere i beskæftigelse (1,8 %) og arbejdsløse borgere (1,6 %) og højest blandt pensionister (6,7 %).

Udvikling: I regionen som helhed ses en lille stigning i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom fra 2,4 % i 2017 til 2,5 % i både 2021 og 2025 (Tabel 14.1; Figur 14.1). For størstedelen af de sociodemografiske grupper ses ligeledes en stigning i forekomsten fra 2017 til 2025, hvor stigningen primært er sket gradvist eller fra 2017 til 2021. De største stigninger fra 2017 til 2025 ses blandt 65+ årige mænd, borgere med erhvervsfaglig uddannelse, langtidssyge borgere samt pensionister. En undtagelse fra den stigende tendens ses blandt kvinder på tværs af alle aldersgrupper, hvor der er enten begrænsede og ikke signifikante ændringer eller – for de 55+ årige kvinder – et mindre fald i forekomsten. Der ses ligeledes et fald i forekomsten blandt de 55-64-årige mænd.

Tabel 14.1 Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

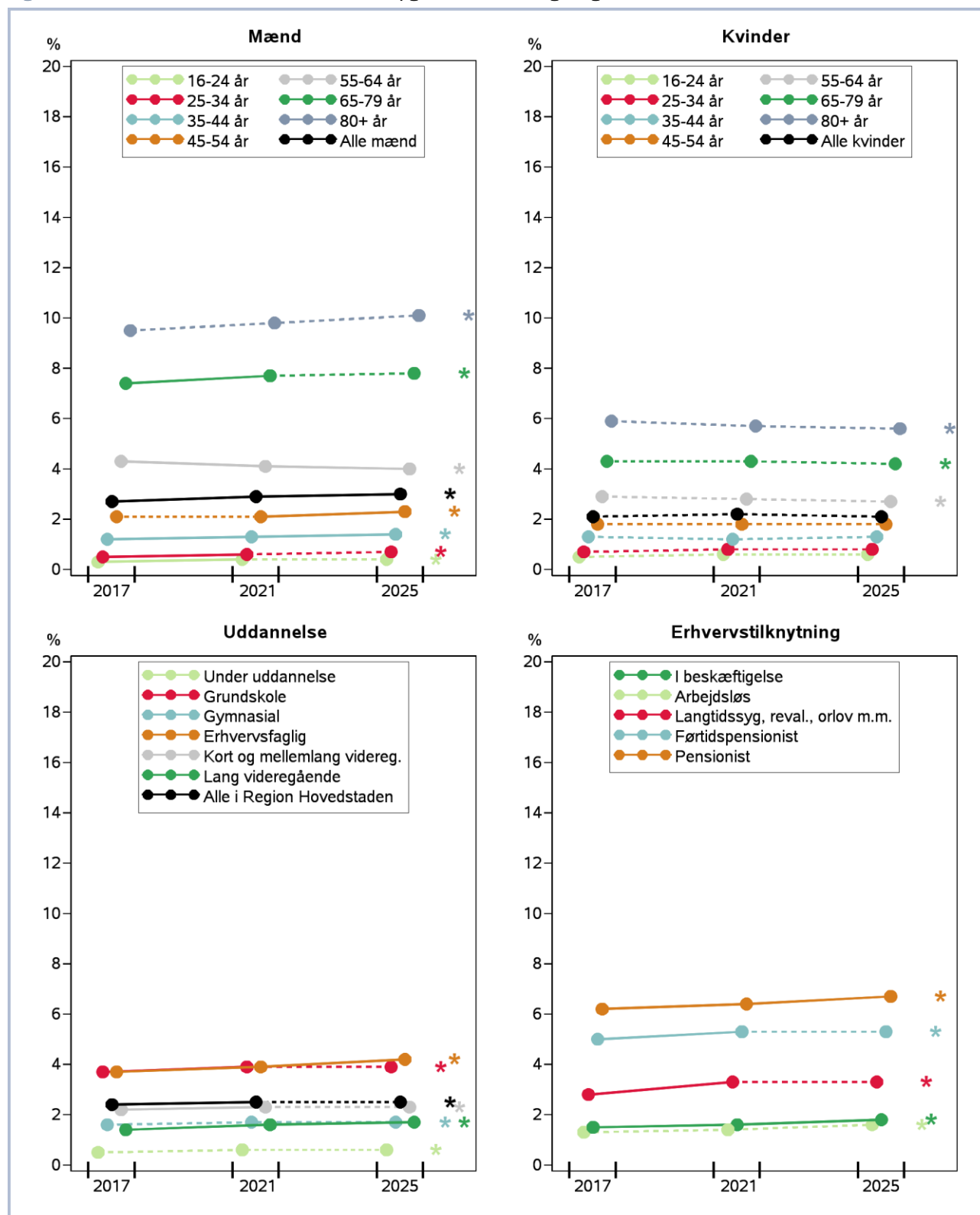
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 14.1 Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – udvikling i region



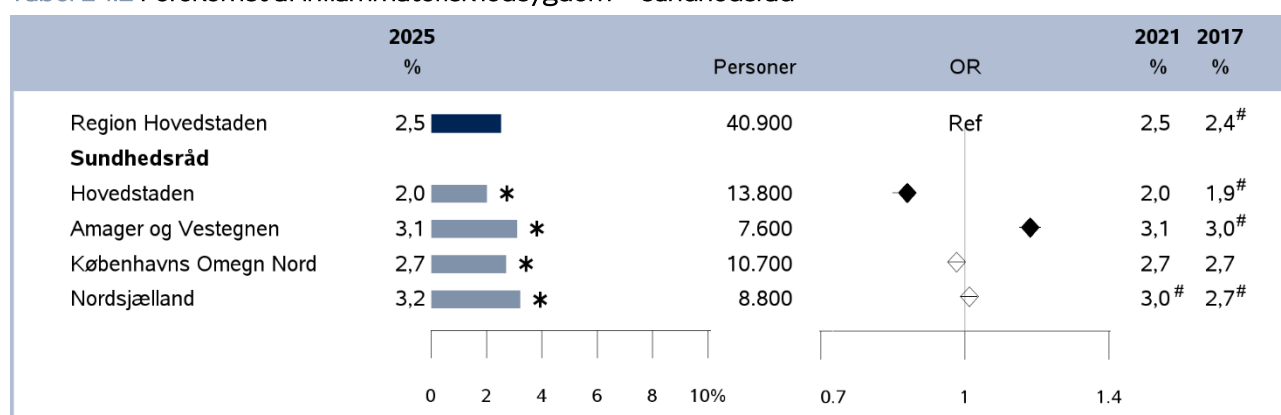
Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.
 * Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – sundhedsråd

Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 2,0 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 3,2 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 14.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, adskiller Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland sig dog ikke fra regionen samlet set.

Udvikling: Der ses en gradvis stigning i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom i Sundhedsråd Nordsjælland fra 2,7 % i 2017 til 3,2 % i 2025. Ændringen i forekomsten i de øvrige sundhedsråd er derimod begrænset; der ses dog en lille signifikant stigning i Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen fra 2017 til 2025 ligesom i regionen som helhed.

Tabel 14.2 Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

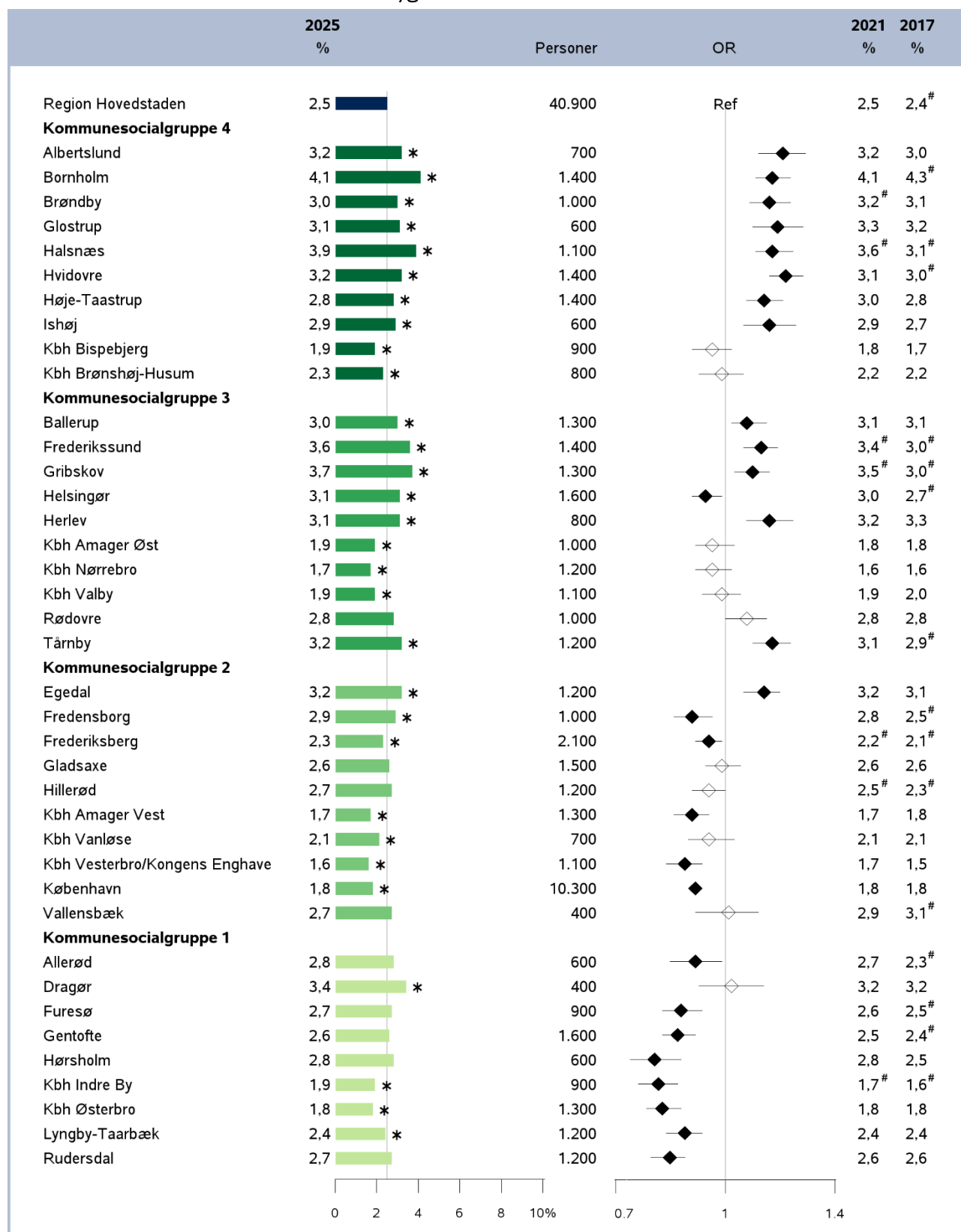
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – kommuner

Forekomsten af inflammatorisk ledsygdom varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,6 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 4,1 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 14.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, hvor forekomsten er højere end i regionen som helhed i størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4, mens den er lavere i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2. Når der ses på OR justeret for køn og alder, bliver den sociale gradient markant tydeligere. Der ses også en tendens til en lavere forekomst i de københavnske bydele sammenlignet med regionen som helhed. Tendensen er dog mindre tydelig, når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I de fleste af regionens kommuner og bydele ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af inflammatorisk ledsygdom fra hhv. 2017 og 2021 til 2025. For flere kommuner og bydele ses dog en mindre stigning i forekomsten fra 2017 til 2025, hvor stigningen primært er sket gradvist eller fra 2017 til 2021. Den største stigning fra 2017 til 2025 ses i Halsnæs, Frederikssund og Gribskov kommuner. I enkelte kommuner ses omvendt et fald fra 2017 eller 2021 til 2025, hvor det største fald ses i Vallensbæk Kommune.

Tabel 14.3 Forekomst af inflammatorisk ledsygdom – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Medicin.dk. Inflammatoriske reumatiske sygdomme - information til sundhedsfaglige [internet]. [Henvist 25. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318391>

Kapitel 15: Slidgigt

Slidgigt – også kaldet artrose – er en degenerativ leddsygdom, som kendetegnes ved en svigtende ledfunktion, fordi brusken i leddet og knoglerne omkring leddet gradvist nedbrydes (1). Symptomer på slidgigt er smerter, ømme og stive led samt knasen og skurren i leddene. Sygdommen kan være mild og stort set ikke påvirke borgerens dagligdag, eller den kan være svær og påvirke funktionsevne, bevægelighed, arbejdsevne og livskvalitet (2).

Forekomsten af slidgigt afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. Da mange borgere med slidgigt diagnosticeres og behandles i almen praksis, og da den medicinske behandling, som de eventuelt modtager, ikke udelukkende anvendes til slidgigt, er det vanskeligt at anvende registerdata til at identificere borgere med slidgigt. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med slidgigt derfor identificeret via spørgeskemadata. Se tekstboksen for definition af borgere med slidgigt i Sundhedsprofil 2025.

Definition af borgere med slidgigt i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2010, 2013, 2017, 2021 eller 2025, og som ved spørgsmålet om 'Slidgigt' har svaret 'Ja, det har jeg nu' *eller* har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra sygdommen.

Forekomst af slidgigt – region

I 2025 har 21 % af borgerne i Region Hovedstaden slidgigt, svarende til 343.100 personer (Tabel 15.1).

Køn og alder: Forekomsten af slidgigt er højere blandt kvinder (25 %) end blandt mænd (17 %), særligt blandt de 45+ årige. Forekomsten stiger med stigende alder for både mænd og kvinder, især fra 35+ år. Den laveste forekomst ses således blandt de 16-34-årige (1-2 %), og den højeste forekomst ses blandt de 80+ årige (mænd: 40 %; kvinder: 60 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af slidgigt er højere blandt borgere med dansk baggrund (23 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (15 %) og ikke-vestlig baggrund (16 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der imidlertid en højere OR for slidgigt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

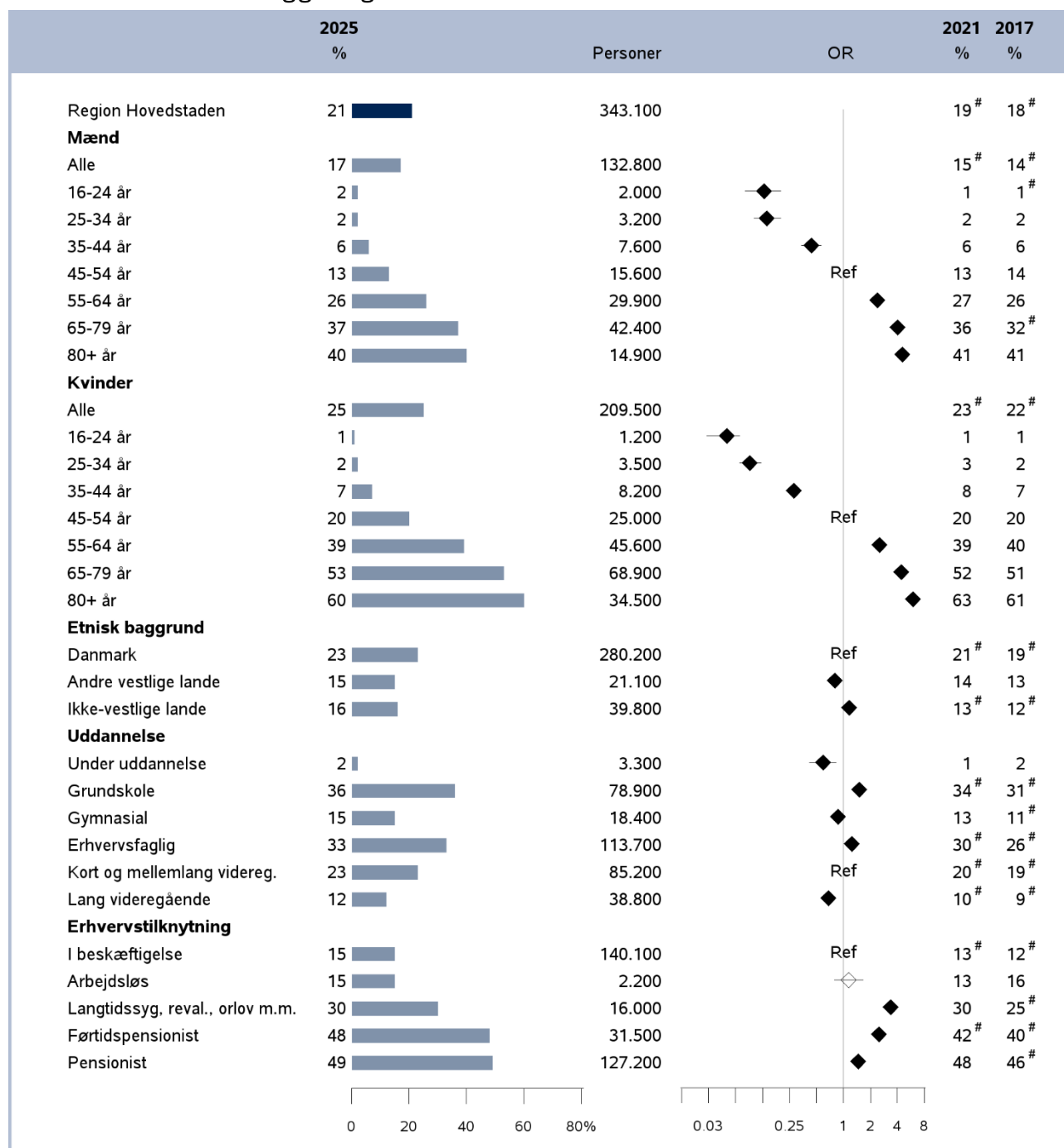
Uddannelse: Forekomsten af slidgigt falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra borgere med gymnasial uddannelse. Forekomsten er

således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (36 %) og lavere blandt borgere med lang videregående uddannelse (12 %). Forekomsten er lavest blandt borgere under uddannelse (2 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af slidgigt er markant højere blandt øvrige borgere uden for arbejdsmarkedet (30-49 %) end blandt borgere i beskæftigelse og arbejdsløse borgere, hvor den laveste forekomst ses (begge 15 %). De højeste forekomster ses blandt førtidspensionister (48 %) og pensionister (49 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses den højeste OR imidlertid blandt langtids-syge borgere.

Udvikling: I regionen som helhed ses en gradvis stigning i forekomsten af slidgigt fra 18 % i 2017 til 21 % i 2025 (Tabel 15.1; Figur 15.1). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2017 og/eller 2021 til 2025. I de resterende grupper ses stigninger ligesom i regionen som helhed, hvor de største stigninger ses fra 2017 til 2025 blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse og blandt førtidspensionister.

Tabel 15.1 Forekomst af slidgigt – region



Baseret på 41.130 besvarelser i 2025, 55.840 besvarelser i 2021 og 57.220 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

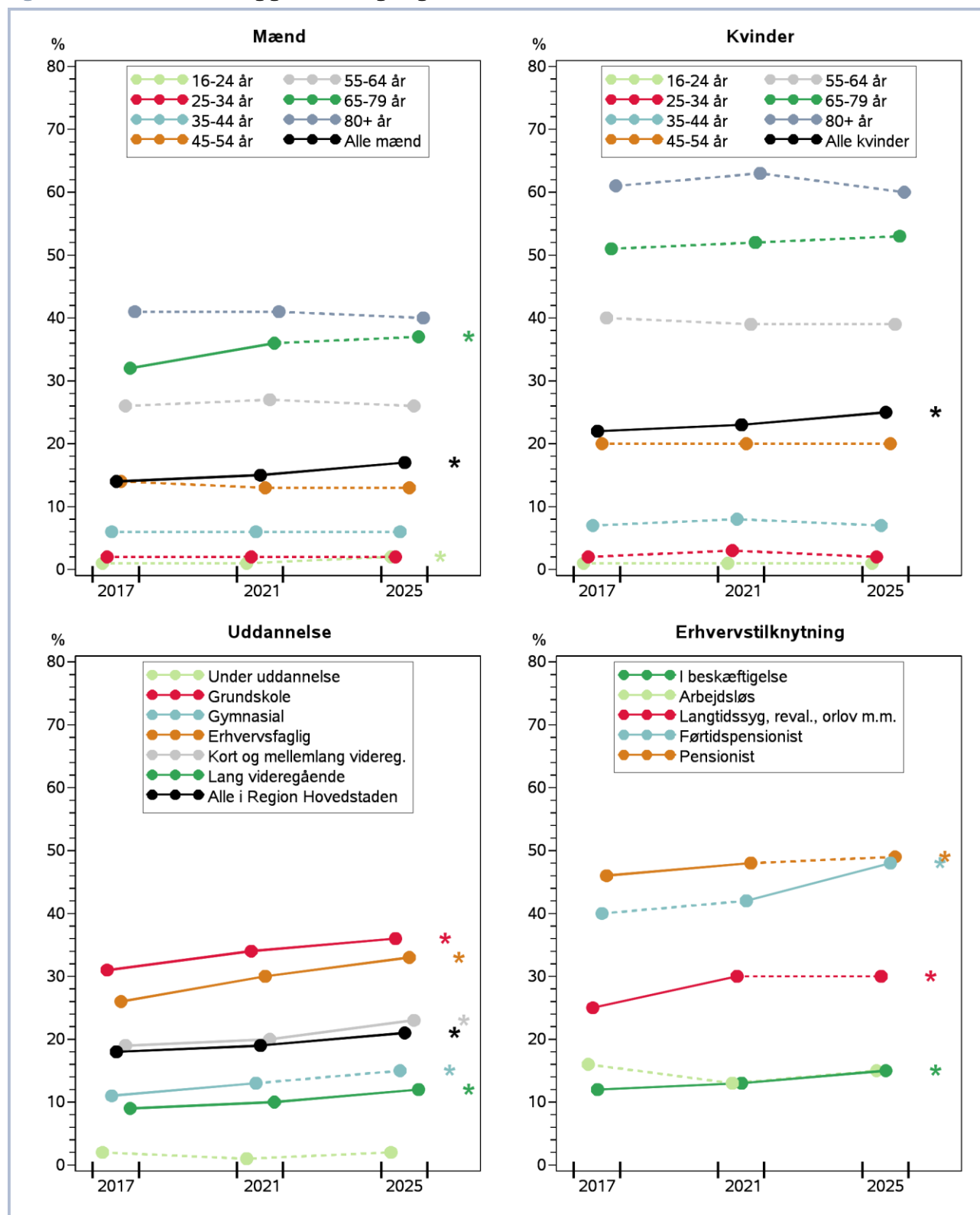
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 15.1 Forekomst af slidgigt – udvikling i region



Baseret på 41.130 besvarelser i 2025, 55.840 besvarelser i 2021 og 57.220 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomstene er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af slidgigt – sundhedsråd

Forekomsten af slidgigt varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 17 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 29 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 15.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig for Sundhedsråd Københavns Omegn Nord, hvor det ses, at OR for slidgigt er lavere sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses der en stigning i forekomsten af slidgigt fra hhv. 2017 og 2021 til 2025 i alle sundhedsråd, når der ses bort fra Sundhedsråd Amager og Vestegnen, hvor der ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025.

Tabel 15.2 Forekomst af slidgigt – sundhedsråd

	2025 %	Personer	OR	2021 %	2017 %
Region Hovedstaden	21	343.100	Ref	19 [#]	18 [#]
Sundhedsråd					
Hovedstaden	17 *	115.600	◆	14 [#]	13 [#]
Amager og Vestegnen	24 *	60.300	◆	23	22 [#]
Københavns Omegn Nord	22 *	86.500	◆	21 [#]	19 [#]
Nordsjælland	29 *	80.100	◆	26 [#]	25 [#]

Baseret på 41.130 besvarelser i 2025, 55.840 besvarelser i 2021 og 57.220 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

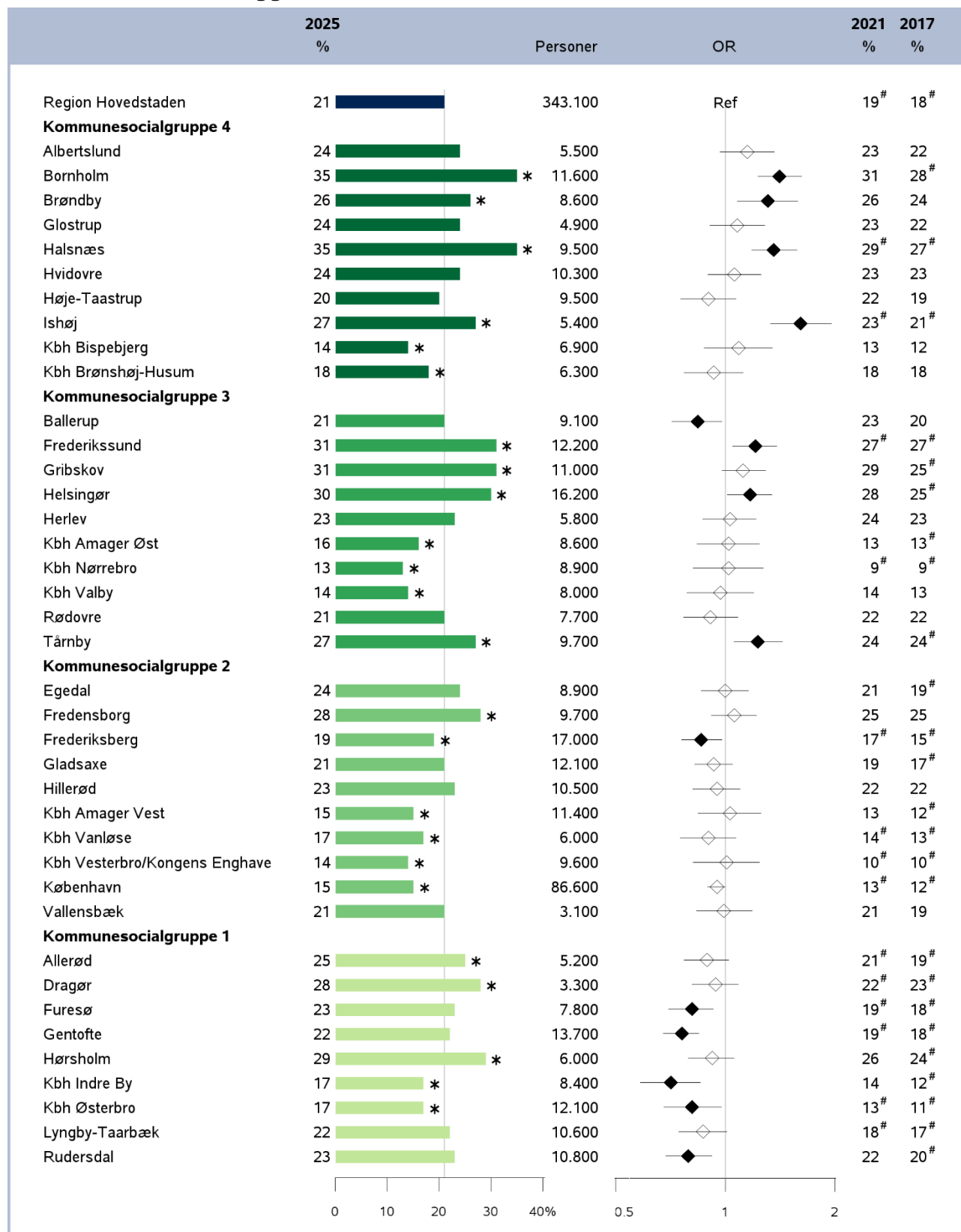
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af slidgigt – kommuner

Forekomsten af slidgigt varierer på tværs af kommuner og bydele fra 13 % i bydelen Nørrebro til 35 % i Bornholms Regionskommune og Halsnæs Kommune (Tabel 15.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, når der tages højde for køns- og aldersfordeling i kommuner og bydele. Således er OR højere i flere af kommunerne i kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med regionen som helhed, mens den er lavere i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1. Derudover ses der også en tendens til, at forekomsten er lavere i de københavnske bydele samt Københavns og Frederiksberg kommuner sammenlignet med regionen som helhed. Denne tendens ses dog ikke, når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses der stigninger i forekomsten af slidgigt fra 2017 til 2025 ligesom i regionen som helhed, og i de fleste tilfælde skyldes det især stigninger fra 2021 til 2025. I de resterende kommuner og bydele ses begrænsede og ikke signifikante ændringer over årene. De største stigninger ses i Halsnæs Kommune fra 2017 til 2025 og i Dragør Kommune fra 2021 til 2025. Derudover ses der især store stigninger i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1.

Tabel 15.3 Forekomst af slidgigt – kommuner



Baseret på 41.130 besvarelser i 2025, 55.840 besvarelser i 2021 og 57.220 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Gigtforeningen. Slidgigt – artrose – årsager, symptomer og behandling [internet]. [Henvist 3. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/slidgigt/>
2. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Report No. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>

Kapitel 16: Rygsygdom

Rygsygdom omfatter flere forskellige diagnoser som diskusprolaps, hold i ryggen (lumbago/myoser), skæv ryg, slidgigt i ryggen og andre typer af rygsmerter (1). Forekomsten af rygsygdom afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. 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, er det vanskeligt at anvende registerdata til at identificere borgere med rygsygdom. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med rygsygdom derfor identificeret via spørgeskemadata. Se tekstboksen for definition af borgere med rygsygdom i Sundhedsprofil 2025.

Definition af borgere med rygsygdom i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2010, 2013, 2017, 2021 eller 2025, og som ved spørgsmålet om 'Diskusprolaps eller andre rygsygdomme' har svaret 'Ja, det har jeg nu' *eller* har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra sygdommen.

Forekomst af rygsygdom – region

I 2025 har 13 % af borgerne i Region Hovedstaden en rygsygdom, hvilket svarer til 215.000 personer (Tabel 16.1).

Køn og alder: Forekomsten af rygsygdom er lidt højere blandt kvinder (14 %) end blandt mænd (13 %). Forekomsten stiger med stigende alder for begge køn, for mænd dog kun op til 55-64 år. Forekomsten er således lavest blandt 16-24-årige (mænd: 4 %; kvinder: 3 %) og højest blandt 55+ årige mænd (18-19 %) og 80+ årige kvinder (24 %).

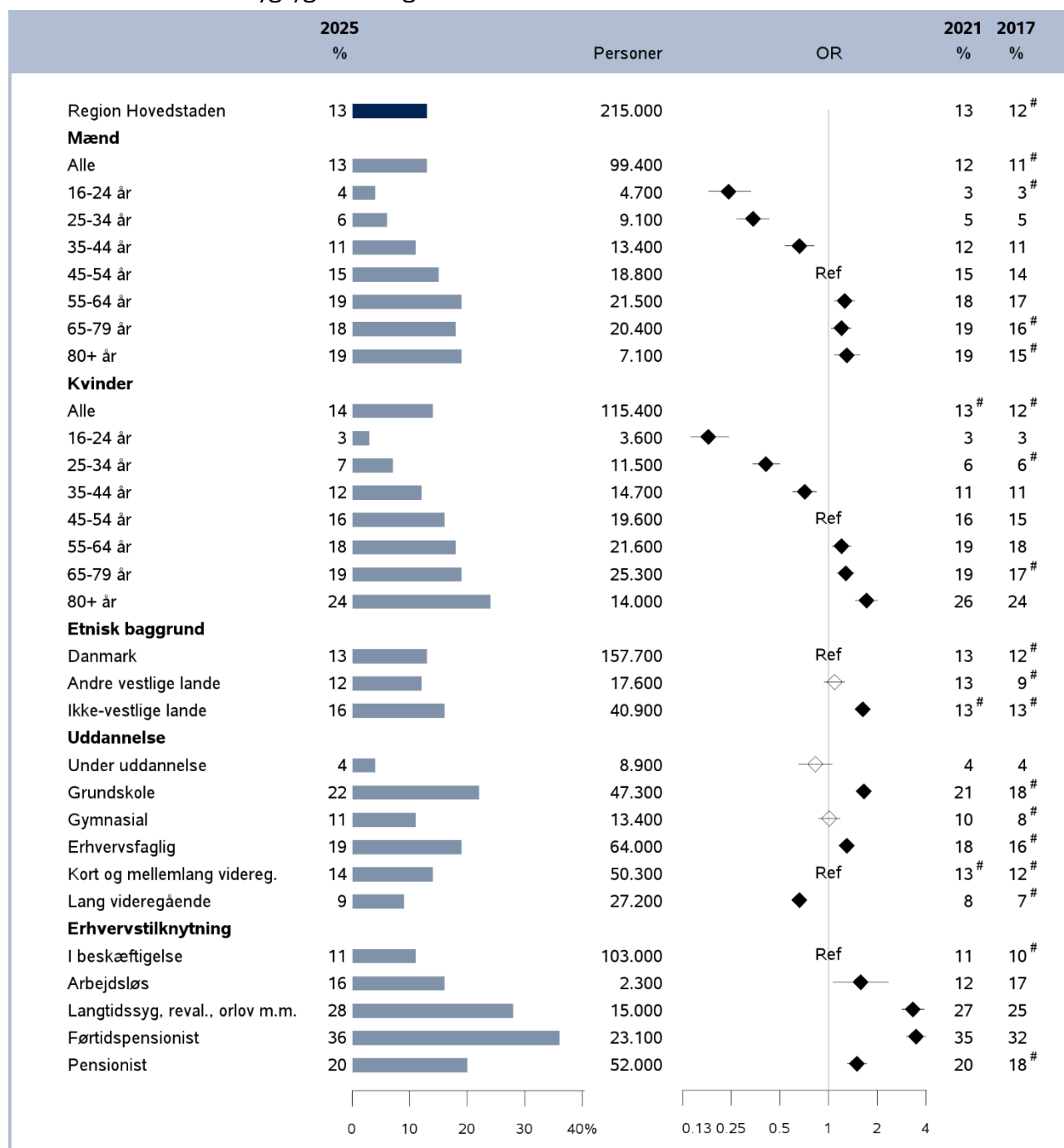
Etnisk baggrund: Forekomsten af rygsygdom er lavest blandt borgere med dansk (13 %) og anden vestlig baggrund (12 %) og højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (16 %).

Uddannelse: Forekomsten af rygsygdom falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra borgere med gymnasial uddannelse. Forekomsten er således mere end dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse (22 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (9 %). Forekomsten er lavest blandt borgere under uddannelse (4 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af rygsygdom er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse (11 %). Den højeste forekomst ses blandt førtidspensionister (36 %).

Udvikling: I regionen som helhed ses ingen signifikant ændring i forekomsten af rygsygdom fra 2021 til 2025 efter en lille stigning i forekomsten fra 2017 til 2021 (Tabel 16.1; Figur 16.1). I størstedelen af de sociodemografiske grupper ses ligeledes begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025. Fra 2017 til 2025 ses stigninger i størstedelen af de sociodemografiske grupper, som især skyldes stigninger fra 2017 til 2021, ligesom i regionen som helhed. I enkelte grupper ses mindre stigninger i forekomsten fra 2021 til 2025, hvor den største stigning ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 16.1 Forekomst af rygsygdom – region



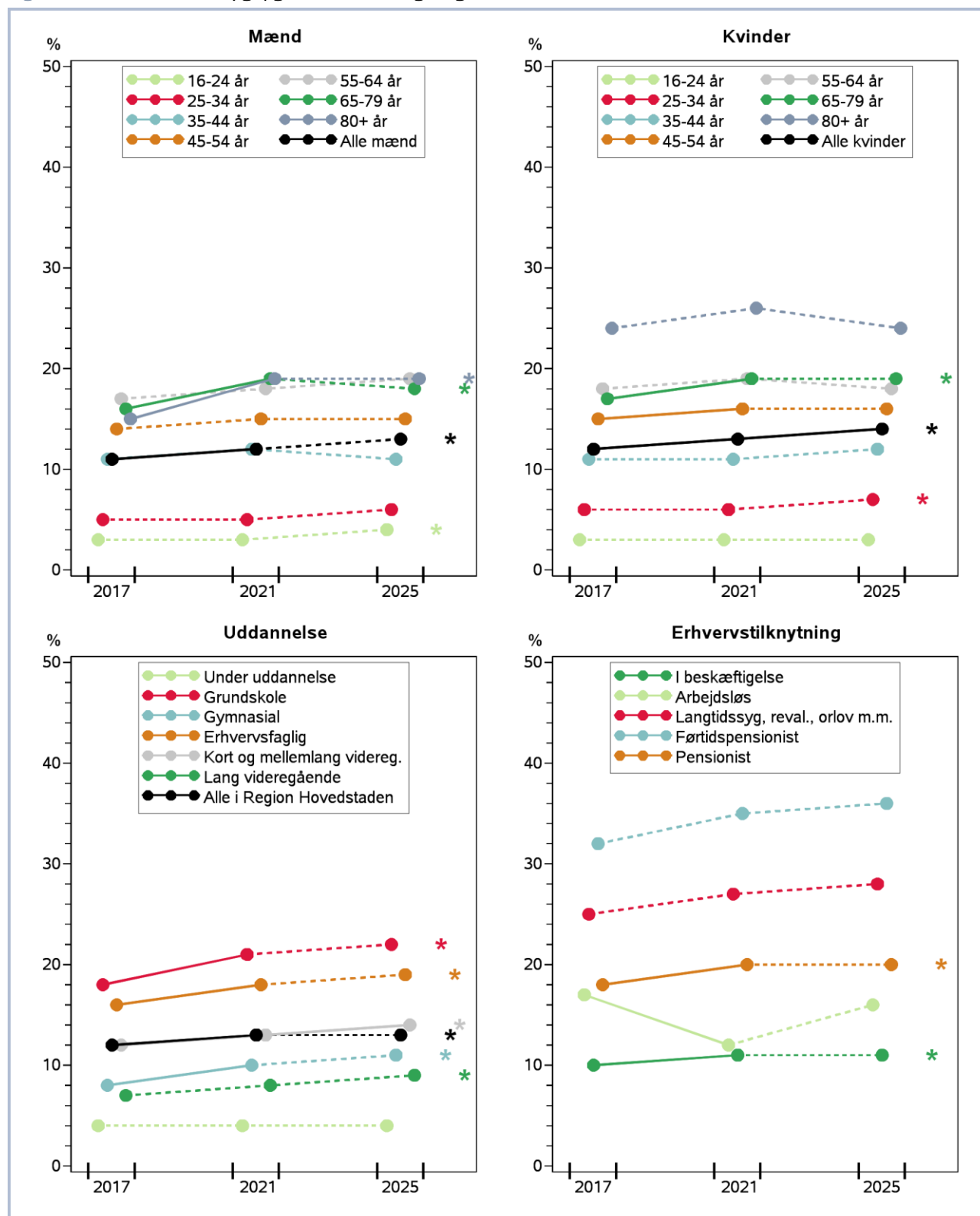
Baseret på 41.070 besvarelser i 2025, 55.740 besvarelser i 2021 og 56.490 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 16.1 Forekomst af rygsygdom – udvikling i region



Baseret på 41.070 besvarelser i 2025, 55.740 besvarelser i 2021 og 56.490 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

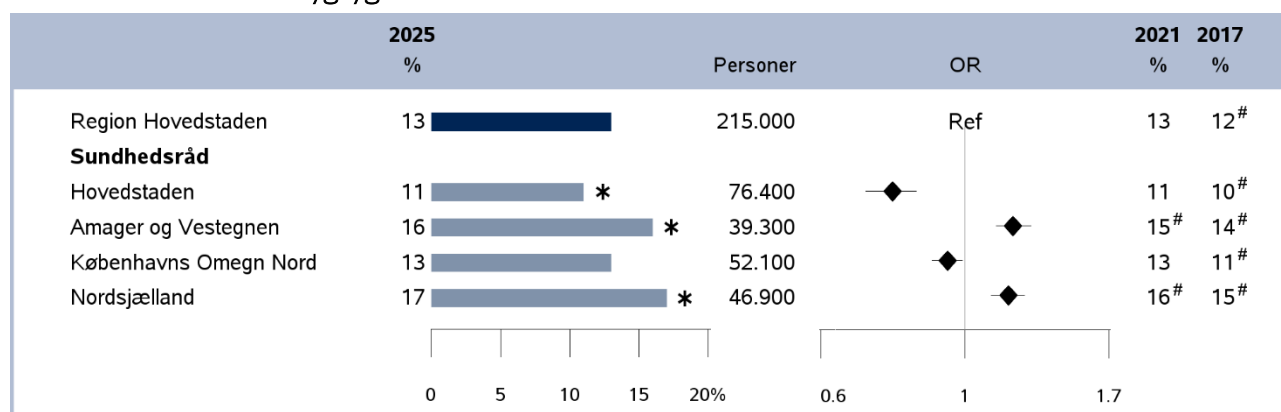
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af rygsygdom – sundhedsråd

Forekomsten af rygsygdom varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 11 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 17 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 16.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Nordsjælland. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er tendensen den samme, bortset fra at OR for rygsygdom er signifikant lavere i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord sammenlignet med regionen som helhed, mens forekomsten er den samme.

Udvikling: I Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Københavns Omegn Nord ses der ingen ændringer i forekomsten af rygsygdom fra 2021 til 2025, ligesom i regionen som helhed. I samme periode ses der mindre stigninger i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Nordsjælland. Fra 2017 til 2025 er forekomsten steget i alle sundhedsrådene.

Tabel 16.2 Forekomst af rygsygdom – sundhedsråd



Baseret på 41.070 besvarelser i 2025, 55.740 besvarelser i 2021 og 56.490 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

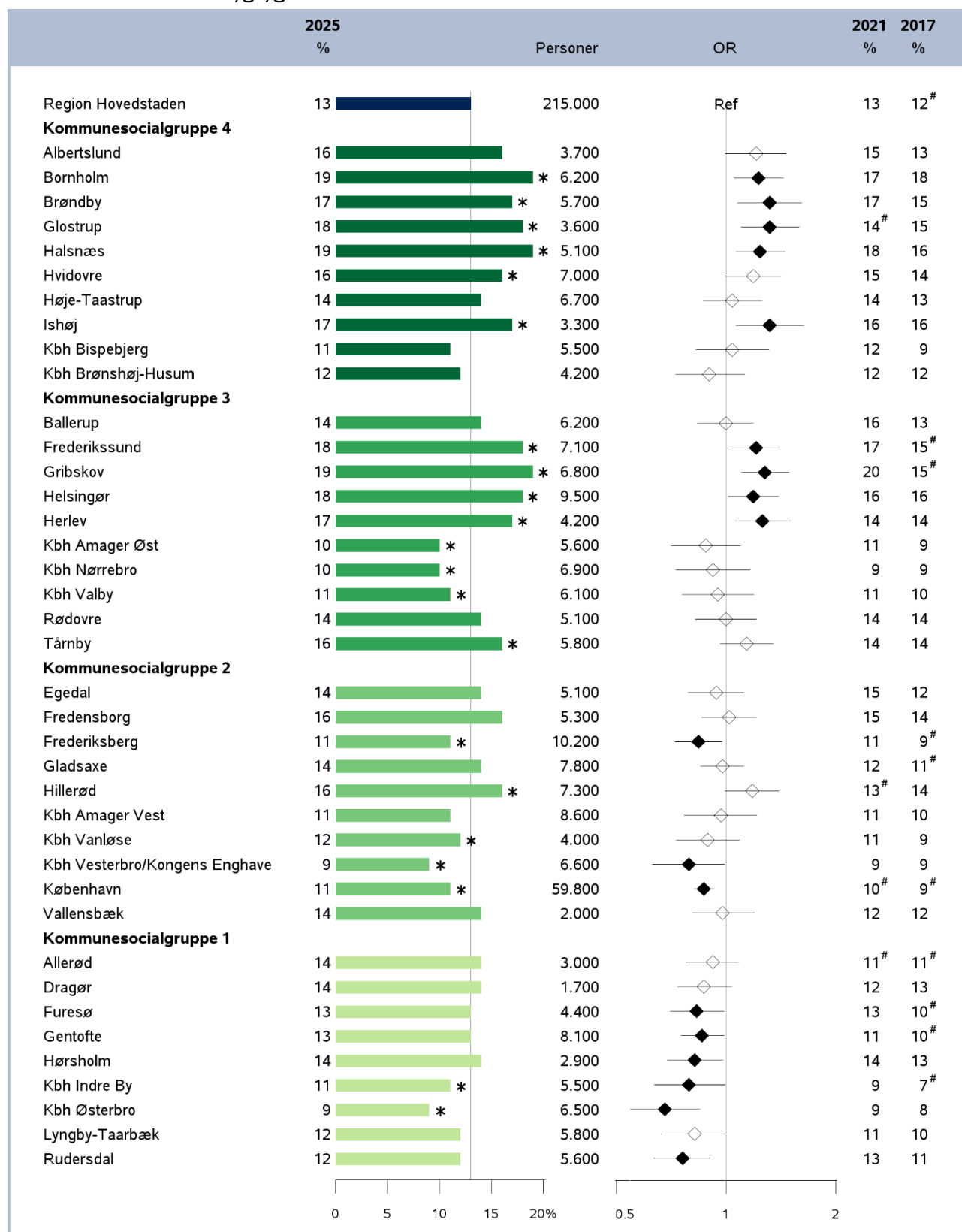
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af rygsygdom – kommuner

Forekomsten af rygsygdom varierer på tværs af kommuner og bydele fra 9 % i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Østerbro til 19 % i Bornholms Regionskommune samt Halsnæs og Gribskov kommuner (Tabel 16.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således er forekomsten i flere af kommunerne i kommunesocialgruppe 4 højere end i regionen som helhed, mens den er lavere eller på samme niveau blandt kommunerne i kommunesocialgruppe 1. Tendensen bliver tydeligere, når der ses på OR justeret for køn og alder. Der ses også en tendens til, at forekomsten er lavere i de københavnske bydele samt Københavns og Frederiksberg kommuner end i regionen som helhed. Denne tendens bliver dog mindre tydelig, når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I størstedelen af kommunerne og bydelene ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af rygsygdom fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed, mens der ses stigninger fra 2017 til 2025 i ca. en fjerdedel af kommunerne. Fra 2021 til 2025 er forekomsten steget i Glostrup, Hillerød, Københavns og Allerød kommuner, hvor den største stigning ses i Glostrup Kommune. Fra 2017 til 2025 ses den største stigning i Gribskov Kommune og Indre By.

Tabel 16.3 Forekomst af ryg sygdom – kommuner



Baseret på 41.070 besvarelser i 2025, 55.740 besvarelser i 2021 og 56.490 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Patienthåndbogen. Ryg og nakke sygdomme [internet]. [Henvist 6. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/ryg-og-nakke-sygdomme/>

Kapitel 17: Kroniske smerter

Kroniske smerter er vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, som kan være enten primære eller som følge af virkning til anden sygdom (1). Kroniske smerter er inkluderet som en diagnose i den nyeste version af International Classification of Diseases (ICD-11), hvor det er angivet, at smerterne skal have været minimum tre måneder (1). Forekomsten af kroniske smerter afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses.

Det er vanskeligt at finde oplysninger om sygdommen ud fra hospitalsdiagnoser og medicinforbrug. I Sundhedsprofil 2025 benyttes derfor oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2025', hvor der siden 2021 er inkluderet spørgsmål om kroniske smerter. Den præcise definition af borgere med kroniske smerter i Sundhedsprofil 2025 kan ses i nedenstående tekstboks.

Definition af borgere med kroniske smerter i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2025, og som har svaret "Ja" på spørgsmålet "Har du vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, der har været i 3 måneder eller mere? Med hyppigt tilbagevendende menes mindst 15 dage per måned".

Forekomst af kroniske smerter – region

I 2025 angiver 34 % af borgerne i Region Hovedstaden at have kroniske smerter, svarende til 550.700 personer (Tabel 17.1).

Køn og alder: Forekomsten af kroniske smerter er højere blandt kvinder (38 %) end blandt mænd (31 %). Blandt både mænd og kvinder ses en tendens til, at forekomsten stiger med stigende alder. Forekomsten er således lavest blandt 16-24-årige (mænd: 20 %; kvinder: 22 %) og højest blandt 80+ årige (mænd: 40 %; kvinder: 53 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af kroniske smerter er lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund (29 %) og højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (40 %).

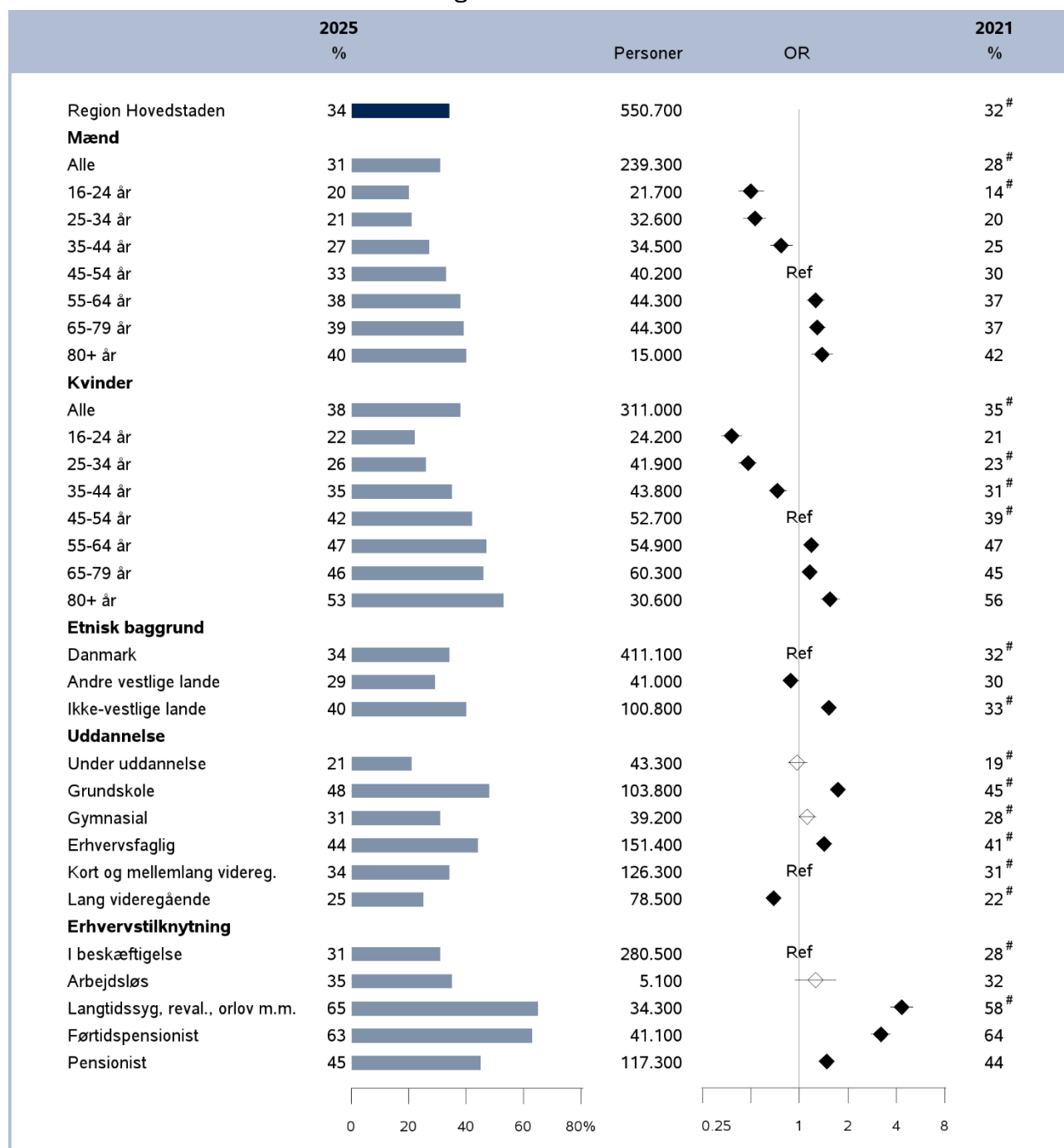
Uddannelse: Forekomsten af kroniske smerter falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra borgere med gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (48 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (25 %) og

borgere under uddannelse (21 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, er der dog ikke signifikant forskel i OR for kroniske smerter blandt borgere under uddannelse og borgere med kort og mellem-lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af kroniske smerter er lavest blandt borgere i beskæftigelse (31 %) og arbejdsløse borgere (35 %), mens den er højest blandt langtidssyge borgere (65 %) og førtidspensionister (63 %).

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af kroniske smerter steget fra 32 % i 2021 til 34 % i 2025 (Tabel 17.1; Figur 17.1). I de fleste sociodemografiske grupper ses ligeledes en stigning i forekomsten fra 2021 til 2025, hvor de største stigninger er sket blandt 16-24-årige mænd, borgere med ikke-vestlig baggrund og langtidssyge borgere. I enkelte grupper ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025, især blandt mænd over 25 år og kvinder over 55 år.

Tabel 17.1 Forekomst af kroniske smerter – region



Baseret på 38.850 besvarelser i 2025 og 53.570 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF.

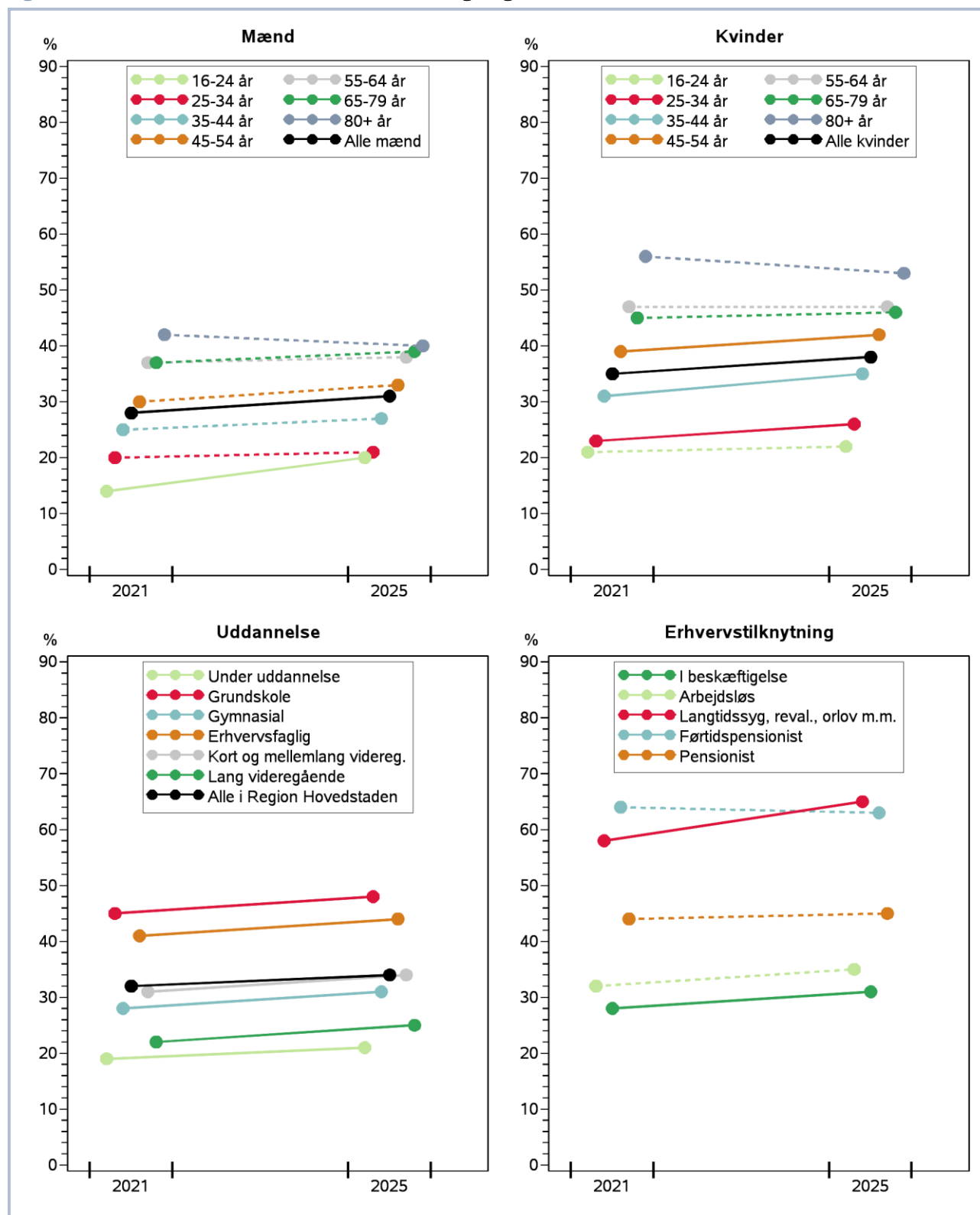
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 17.1 Forekomst af kroniske smerter – udvikling i region



Baseret på 38.850 besvarelser i 2025 og 53.570 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de to år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

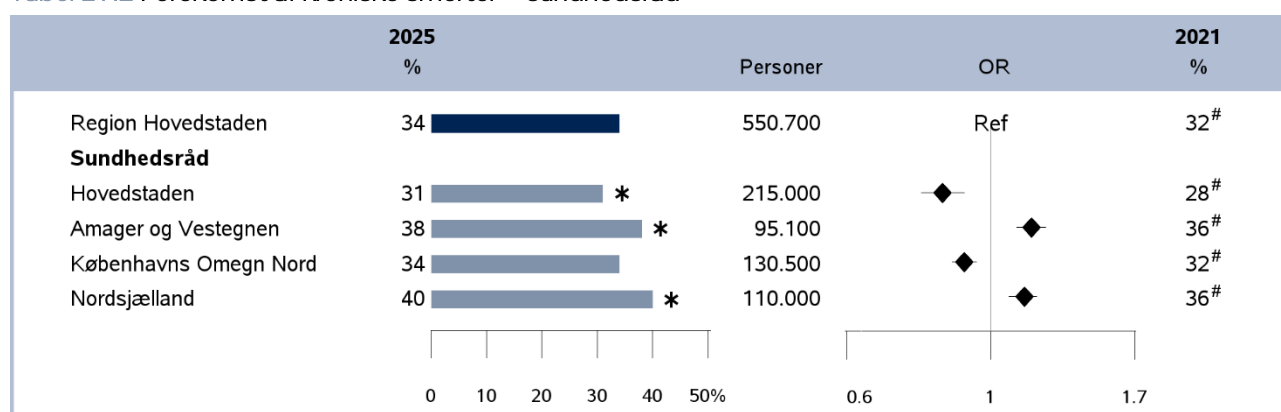
Forekomst af kroniske smerter – sundhedsråd

Forekomsten af kroniske smerter varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 31 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 40 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 17.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Nordsjælland. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses en lavere OR for kroniske smerter i Sundhedsråd Københavns

Omegn Nord sammenlignet med regionen som helhed, mens tendensen for de øvrige sundhedsråd er den samme.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er der sket en stigning i forekomsten af kroniske smerter i alle fire sundhedsråd fra 2021 til 2025. Den største stigning er sket i Sundhedsråd Nordsjælland, fra 36 % i 2021 til 40 % i 2025.

Tabel 17.2 Forekomst af kroniske smerter – sundhedsråd



Baseret på 38.850 besvarelser i 2025 og 53.570 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskellig i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

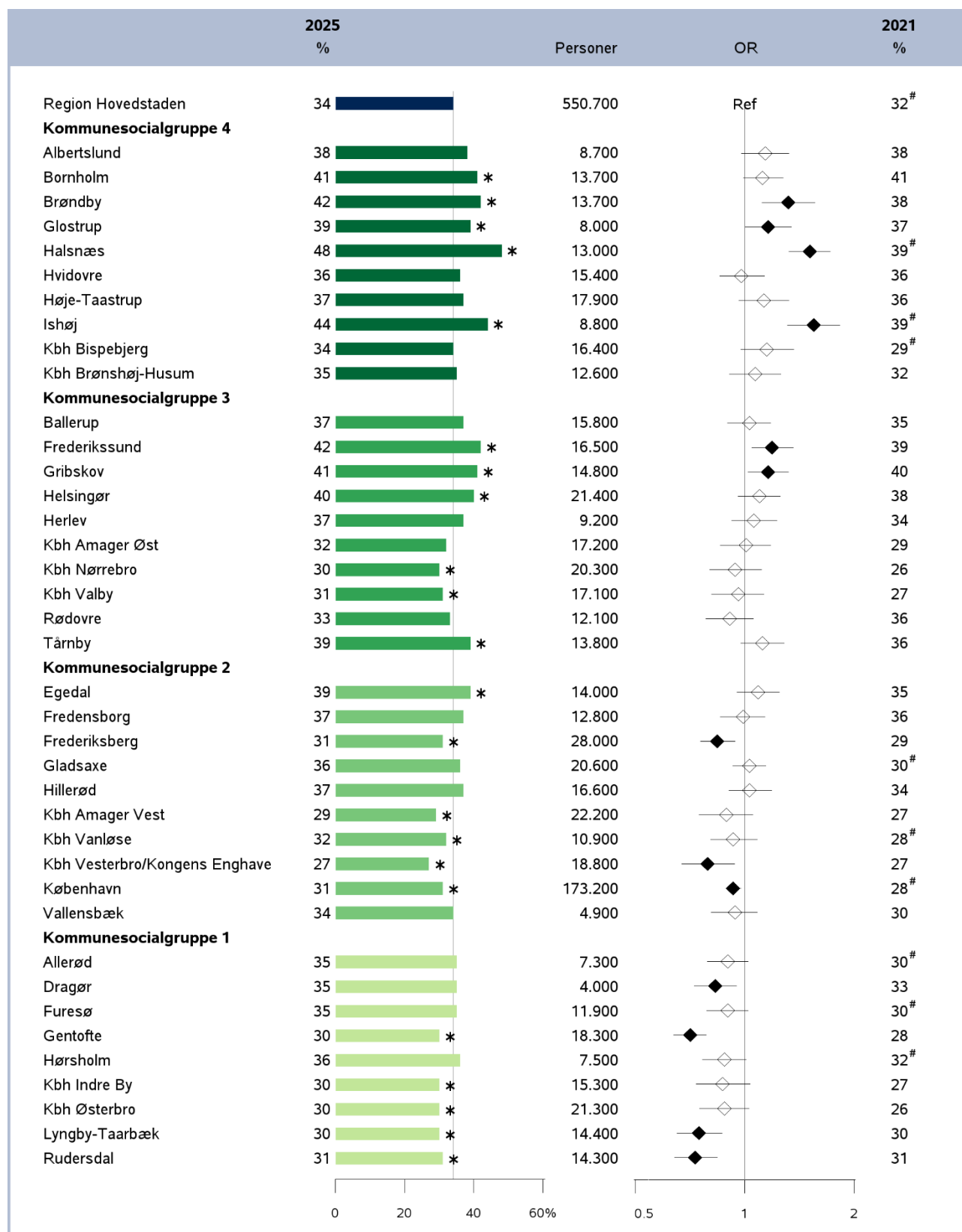
Forekomst af kroniske smerter – kommuner

Forekomsten af kroniske smerter varierer på tværs af kommuner og bydele fra 27 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 48 % i Halsnæs Kommune (Tabel 17.3). Der ses en tendens til en social gradient i forekomsten på tværs af kommunesocialgrupper. Således er forekomsten højere end i regionen som helhed for flere kommuner i kommunesocialgruppe 4, mens forekomsten er lavere for flere af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 1. Samme tendens ses, når der ses på OR justeret for køn og alder.

Der ses også en tendens til en lavere forekomst i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune, men ikke når der ses på OR justeret for køn og alder.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af kroniske smerter fra 2021 til 2025. I få kommuner og bydele er forekomsten steget, hvor den største stigning ses i Halsnæs Kommune, fra 39 % i 2021 til 48 % i 2025.

Tabel 17.3 Forekomst af kroniske smerter – kommuner



Baseret på 38.850 besvarelser i 2025 og 53.570 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). PAIN. 2019;160(1):19–27.
doi:10.1097/j.pain.0000000000001384

Kapitel 18: Migræne eller hyppig hovedpine

Migræne eller hyppig hovedpine er en forholdsvis udbredt tilstand (1). Den hyppigste form for hovedpine er spændingshovedpine. Migræne adskiller sig fra anden hovedpine ved at optræde som tilbagevendende anfald (2). Migræne kan forekomme med eller uden aura i form af syns-, føle- eller taleforstyrrelser.

Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. Da det

kun er de sværeste tilfælde af migræne og hyppig hovedpine, der behandles på hospitalet, og den medicinske behandling ofte består af håndkøbsmedicin eller medicin, som ikke udelukkende anvendes til behandling af hovedpine eller migræne, identificeres migræne og hyppig hovedpine i Sundhedsprofil 2025 via spørgeskemadata frem for registeroplysninger. Den præcise definition af borgere med migræne eller hyppig hovedpine i Sundhedsprofil 2025 kan ses i nedenstående tekstboks.

Definition af borgere med migræne eller hyppig hovedpine i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2010, 2013, 2017, 2021 eller 2025, og som ved spørgsmålet om 'Migræne eller hyppig hovedpine' har svaret 'Ja, det har jeg nu' *eller* har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra sygdommen.

Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – region

I 2025 er der 16 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 264.700 personer (Tabel 18.1)

Køn og alder: Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine er over dobbelt så høj blandt kvinder (22 %) som blandt mænd (10 %). For begge køn ses der begrænset variation i forekomsten blandt hhv. 16-64-årige mænd (11-12 %) og 16-54-årige kvinder (27-30 %), hvor de højeste forekomster ligeledes ses. Den laveste forekomst ses blandt de 80+ årige.

Etnisk baggrund: Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (24 %) og lavest blandt borgere med dansk baggrund (15 %) og anden vestlig baggrund (16 %).

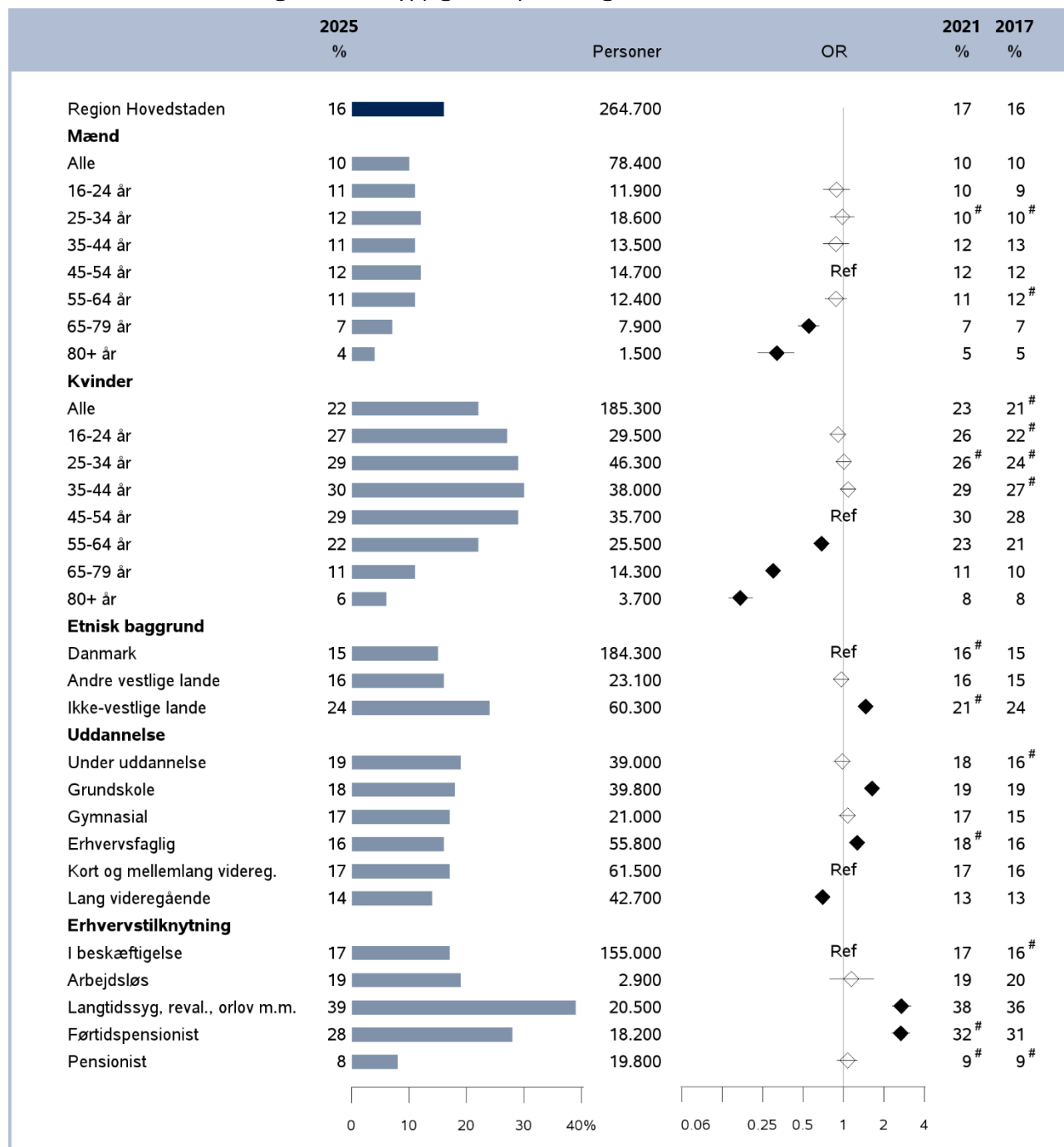
Uddannelse: På tværs af uddannelsesgrupperne ses der begrænset variation i forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine, med en mindre tendens til, at forekomsten falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra kort og

mellemlang videregående uddannelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, bliver tendensen tydeligere, hvor OR for migræne eller hyppig hovedpine er højest for grundskoleuddannelse og lavest for lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknæytning: Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine er højest blandt langtidssyge borgere (39 %) og lavest blandt pensionister (8 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der imidlertid ikke en forskel i OR mellem pensionister og borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine fra både 2017 og 2021 til 2025 (Tabel 18.1; Figur 18.1). I flere af de sociodemografiske grupper ses dog signifikante ændringer fra 2017 og/eller 2021 til 2025 uden et entydigt mønster. Der ses især stigninger blandt de yngste aldersgrupper, hvor den største stigning fra 2017 til 2025 ses blandt 16-34-årige kvinder. Fra 2021 til 2025 ses det største fald blandt førtidspensionister.

Tabel 18.1 Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – region



Baseret på 41.030 besvarelser i 2025, 55.610 besvarelser i 2021 og 55.830 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

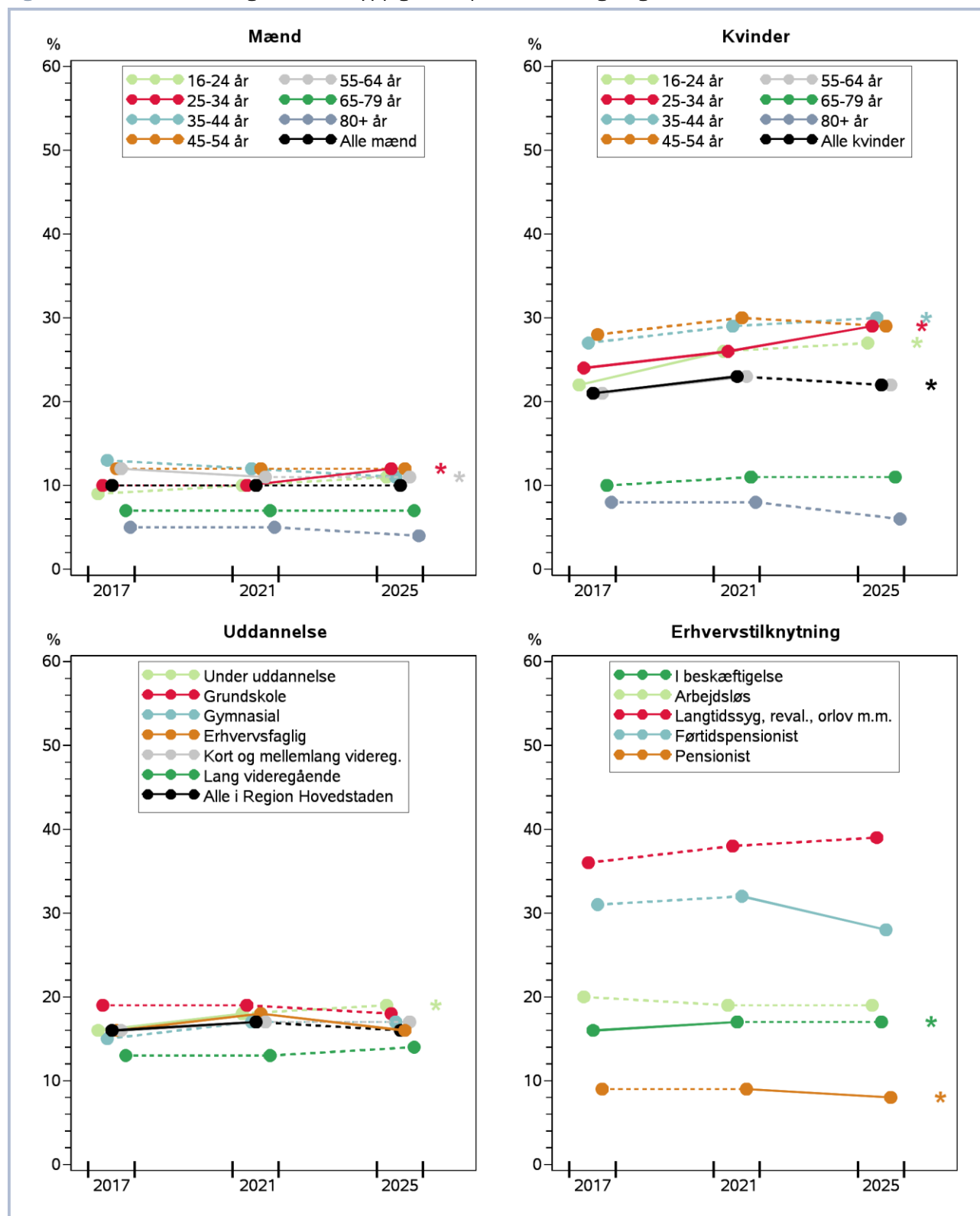
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 18.1 Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – udvikling i region



Baseret på 41.030 besvarelser i 2025, 55.610 besvarelser i 2021 og 55.830 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

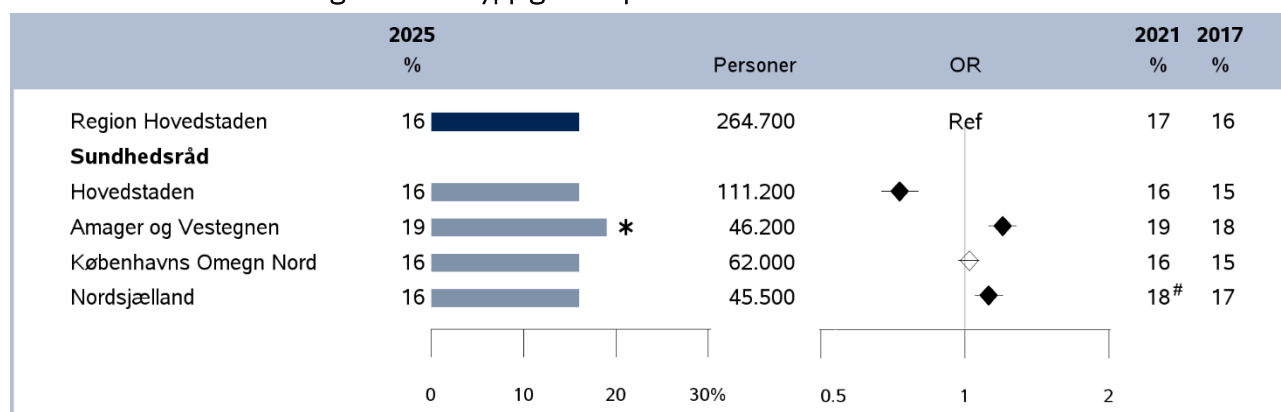
Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – sundhedsråd

Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 16 % i Sundhedsråd Hovedstaden, Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland til 19 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen (Tabel 18.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en højere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen og en lavere forekomst i de tre øvrige sundhedsråd. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der imidlertid en signifikant lavere OR for migræne eller hyppig hovedpine i Sundhedsråd

Hovedstaden sammenlignet med regionen som helhed og en signifikant højere OR i Sundhedsråd Nordsjælland samt Sundhedsråd Amager og Vestegnen.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine fra hhv. 2017 og 2021 til 2025 i alle sundhedsråd, når der ses bort fra Sundhedsråd Nordsjælland, hvor der ses et signifikant fald i forekomsten fra 2021 til 2025.

Tabel 18.2 Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – sundhedsråd



Baseret på 41.030 besvarelser i 2025, 55.610 besvarelser i 2021 og 55.830 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

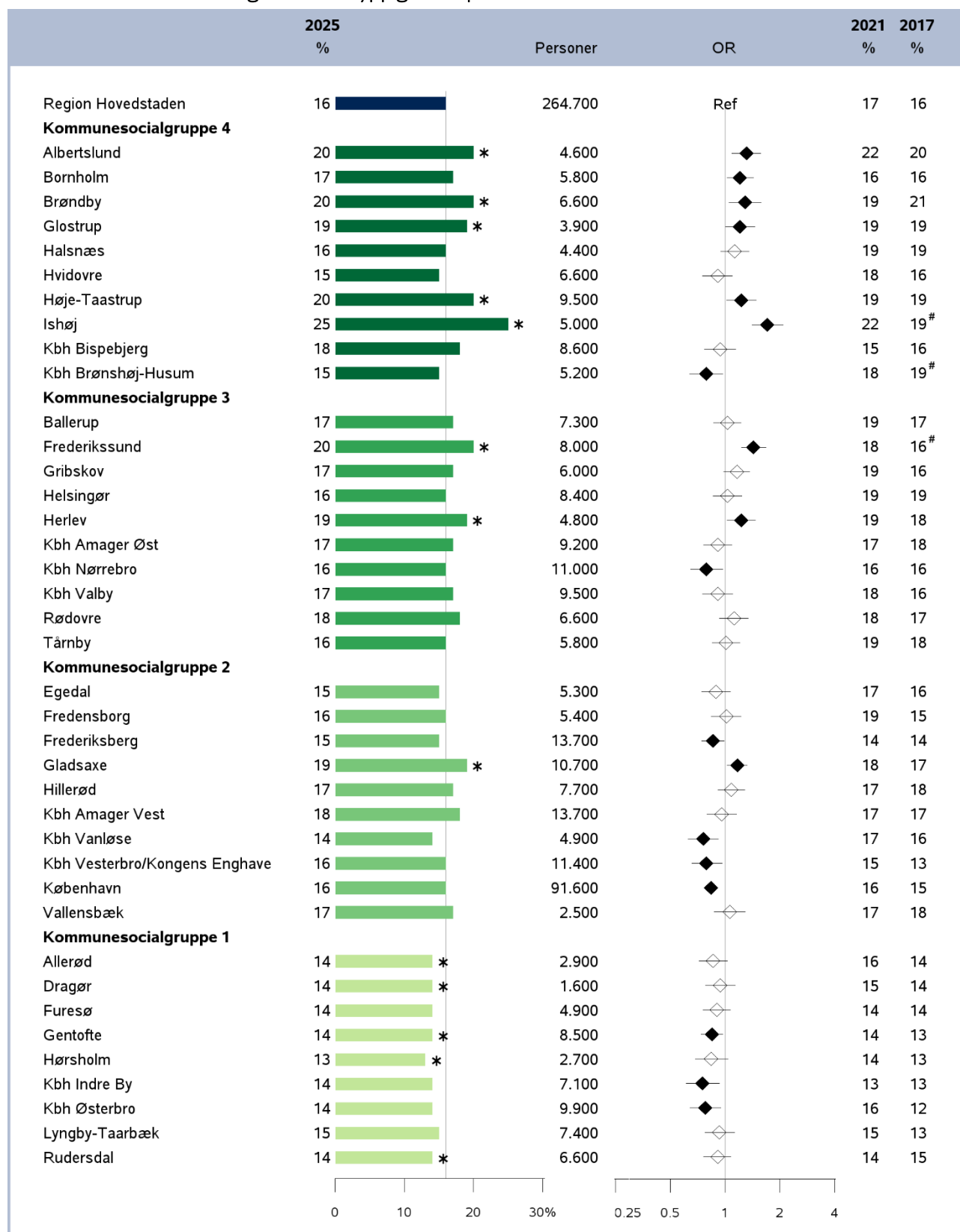
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – kommuner

Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine varierer på tværs af kommuner og bydele fra 13 % i Hørsholm Kommune til 25 % i Ishøj Kommune (Tabel 18.3). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, hvor forekomsten i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 er højere end i regionen samlet set, mens den er lavere i flere kommuner i kommunesocialgruppe 1. Den sociale gradient ses også, når der tages højde for fordeling af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra både 2017 og 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. Fra 2017 til 2025 ses der dog signifikante stigninger i Ishøj og Frederikssund kommuner samt et signifikant fald i bydelen Brønshøj-Husum.

Tabel 18.3 Forekomst af migræne eller hyppig hovedpine – kommuner



Baseret på 41.030 besvarelser i 2025, 55.610 besvarelser i 2021 og 55.830 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7(4):354–61. doi:10.1016/S1474-4422(08)70062-0
2. Lægehåndbogen. Hovedpine [internet]. [Henvist 18. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/symptomer-og-tegn/hovedpine/>

Kapitel 19: Depression

Depression hører under de affektive sindslidelser, som er kendetegnet ved, at hele stemningslejet ændres (1). For depression er stemningslejet præget af nedtrykthed, og symptomerne er herudover fx nedsat energi eller øget træthed, selvbefrygtelser eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro, søvnforstyrrelser eller appetitændring (2). Milde depressioner behandles ofte med psykoterapi, mens moderate og svære depressioner primært behandles med antidepressiv medicin.

Forekomsten af depression afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med depression identificeret ved brug af både spørgeskema- og registeroplysninger, som opgøres hver for sig i afsnit 19.1 og 19.2. Det er forventeligt, at forekomsten for hhv. spørgeskema- og registerbaseret depression ikke er ens, da der er forskellig tidsafgrænsning for sygdommen, og derudover vil det ofte kun være de sværeste tilfælde af depression, som behandles medicinsk eller gives en diagnose i hospitalsregi.

19.1 Forekomst af depression – registerbaseret

I dette afsnit præsenteres resultaterne for de registerbaserede opgørelser af depression, som er baseret på oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR3), Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemedeldatabasen (LMBDB), dvs. ud fra om borgeren har fået en depressionsdiagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling og/eller medicin til behandling af depression. Definitionen af borgere med registerbaseret depression i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor.

Afgrænsningen af registerbaseret depression i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021 ved, at der kun inkluderes diagnoser fra psykiatriske afdelinger og ikke fra somatiske afdelinger. Denne ændring er i overensstemmelse med anbefalinger for registerbaseret psykiatrforskning (3).

Definition af borgere med registerbaseret depression i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én kontakt^a i LPR-PSYK eller LPR3 med psykiatri som hovedspeciale med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller inden for en 12-måneders periode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med nedenstående ATC-kode og indikationskode i Lægemedeldatabasen (LMBDB).

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- F32 (depressiv enkeltepisode)
- F33 (periodisk depression)

Lægemedler med følgende ATC-kode og indikationskode i LMBDB:

- N06A (antidepressiva) med indikationskode 168 (mod depression)

LPR: Landspatientregisteret. LPR-PSYK: Landspatientregisteret-Psykiatri. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3, hvor hovedspecialet er afgrænset til psykiatri og børne- og ungepsykiatri), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

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

Forekomst af depression (registerbaseret) – region

I 2025 er der 6,7 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har depression, svarende til 107.200 personer (Tabel 19.1).

Køn og alder: Forekomsten af depression er højere blandt kvinder (8,3 %) end blandt mænd (4,9 %). Forekomsten stiger med stigende alder for begge køn. Den laveste forekomst ses blandt 16-24-årige (mænd: 2,3 %; kvinder: 5,4 %), og den højeste ses blandt 80+ årige (mænd: 7,9 %; kvinder: 13,0 %).

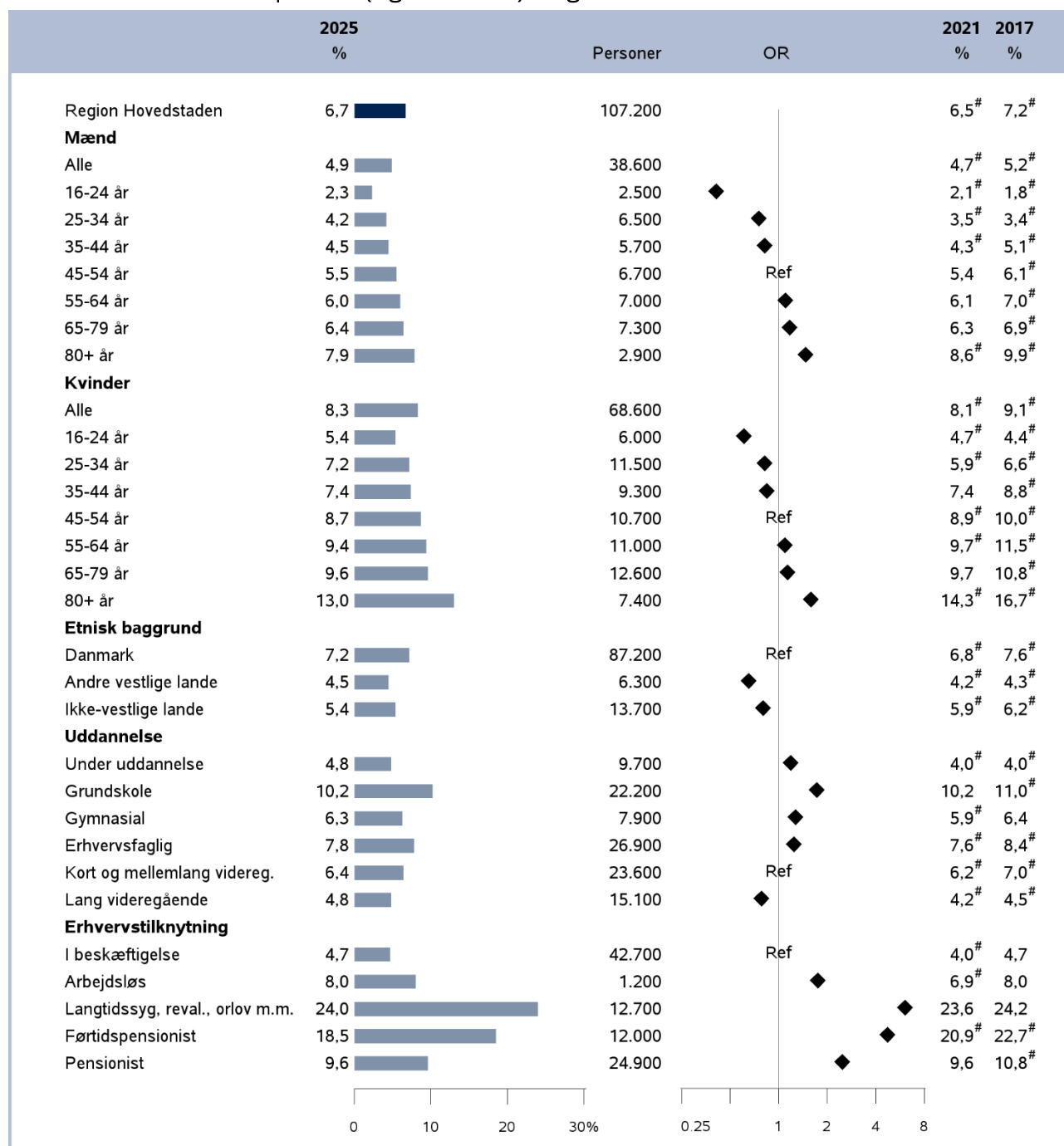
Etnisk baggrund: Forekomsten af depression er højere blandt borgere med dansk baggrund (7,2 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (4,5 %) og ikke-vestlig baggrund (5,4 %).

Uddannelse: Forekomsten af depression falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Den højeste forekomst ses således blandt borgere med grundskoleuddannelse (10,2 %), og den laveste ses blandt borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse (begge 4,8 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af depression er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse, hvor forekomsten er lavest (4,7 %). Den højeste forekomst ses blandt langtidssyge borgere (24,0 %) og førtidspensionister (18,5 %).

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af depression steget en smule fra 6,5 % i 2021 til 6,7 % i 2025, efter et lidt større fald fra 2017 til 2021 (Tabel 19.1; Figur 19.1). Forekomsten i 2025 er således fortsat signifikant lavere end i 2017. De fleste sociodemografiske grupper følger samme udvikling som regionen som helhed, men i nogle grupper ser udviklingen imidlertid anderledes ud. Fx blandt de 16-24-årige, hvor der udelukkende ses en gradvis stigning fra 2017 til 2025 blandt begge køn, hvoraf den største stigning ses blandt kvinderne. Fra 2021 til 2025 ses de største stigninger blandt de 25-34-årige kvinder og arbejdsløse borgere, og modsat regionen som helhed er forekomsten i disse grupper signifikant højere i 2025 end i 2017. De største fald fra 2017 til 2025 ses blandt de 80+ årige kvinder og førtidspensionisterne, selvom disse grupper stadig er blandt de grupper med den højeste forekomst i 2025.

Tabel 19.1 Forekomst af depression (registerbaseret) – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

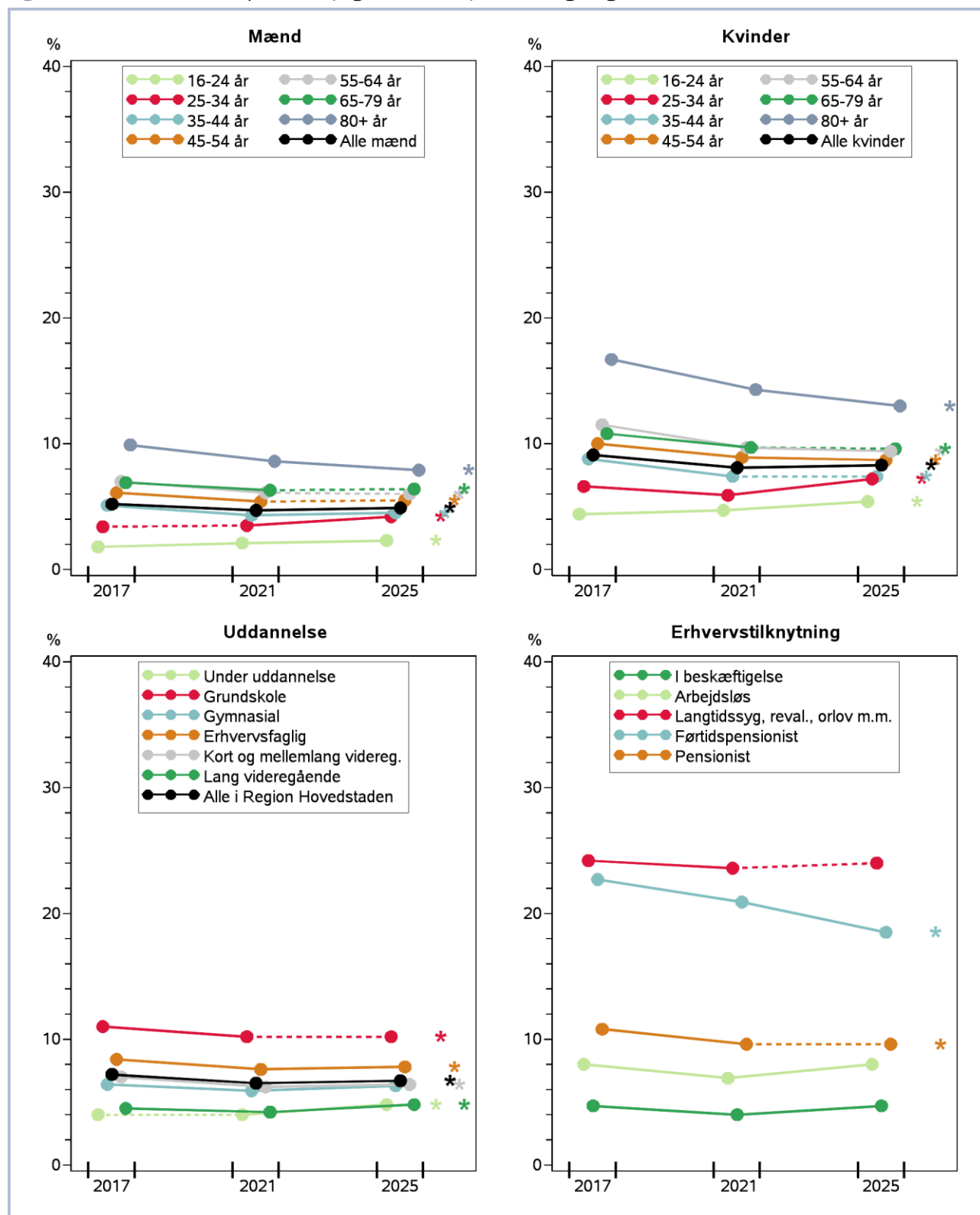
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 19.1 Forekomst af depression (registerbaseret) – udvikling i region



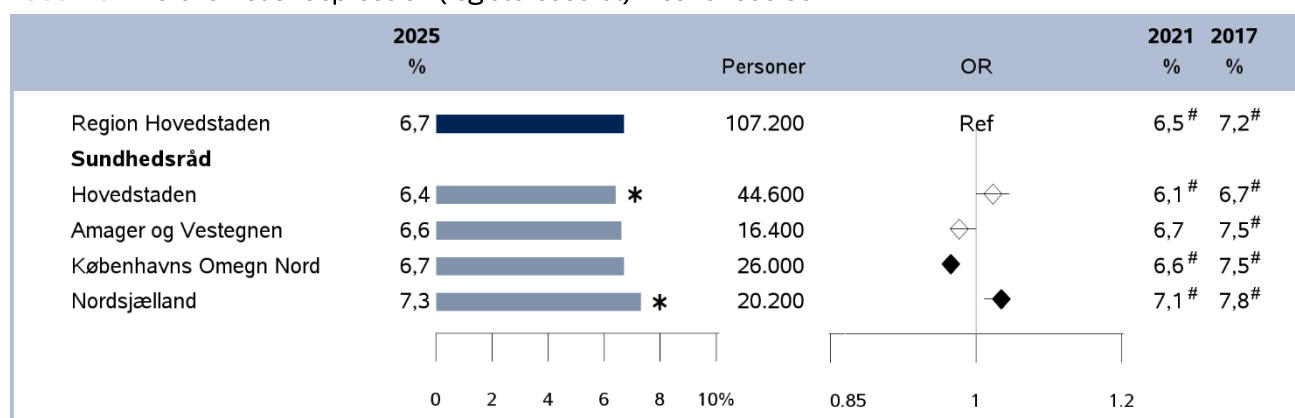
Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.
 * Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

Forekomst af depression (registerbaseret) – sundhedsråd

Forekomsten af depression varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 6,4 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 7,3 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 19.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden og en højere forekomst i Sundhedsråd Nordsjælland, mens forekomsten i de to øvrige sundhedsråd ligger på niveau med regionen som helhed. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses imidlertid ingen forskel på OR for depression i Sundhedsråd Hovedstaden og i regionen som helhed, og der ses en signifikant lavere OR i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses i alle sundhedsråd, bortset fra Sundhedsråd Amager og Vestegnen, en mindre stigning i forekomsten af depression fra 2021 til 2025, efter et større fald fra 2017 til 2021. Fra 2021 til 2025 ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. I alle fire sundhedsråd er forekomsten i 2025 dog fortsat signifikant lavere end i 2017. Den største stigning fra 2021 til 2025 ses i Sundhedsråd Hovedstaden, mens det største fald fra 2017 til 2025 ses i Sundhedsråd Amager og Vestegnen og skyldes især faldet fra 2017 til 2021.

Tabel 19.2 Forekomst af depression (registerbaseret) – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

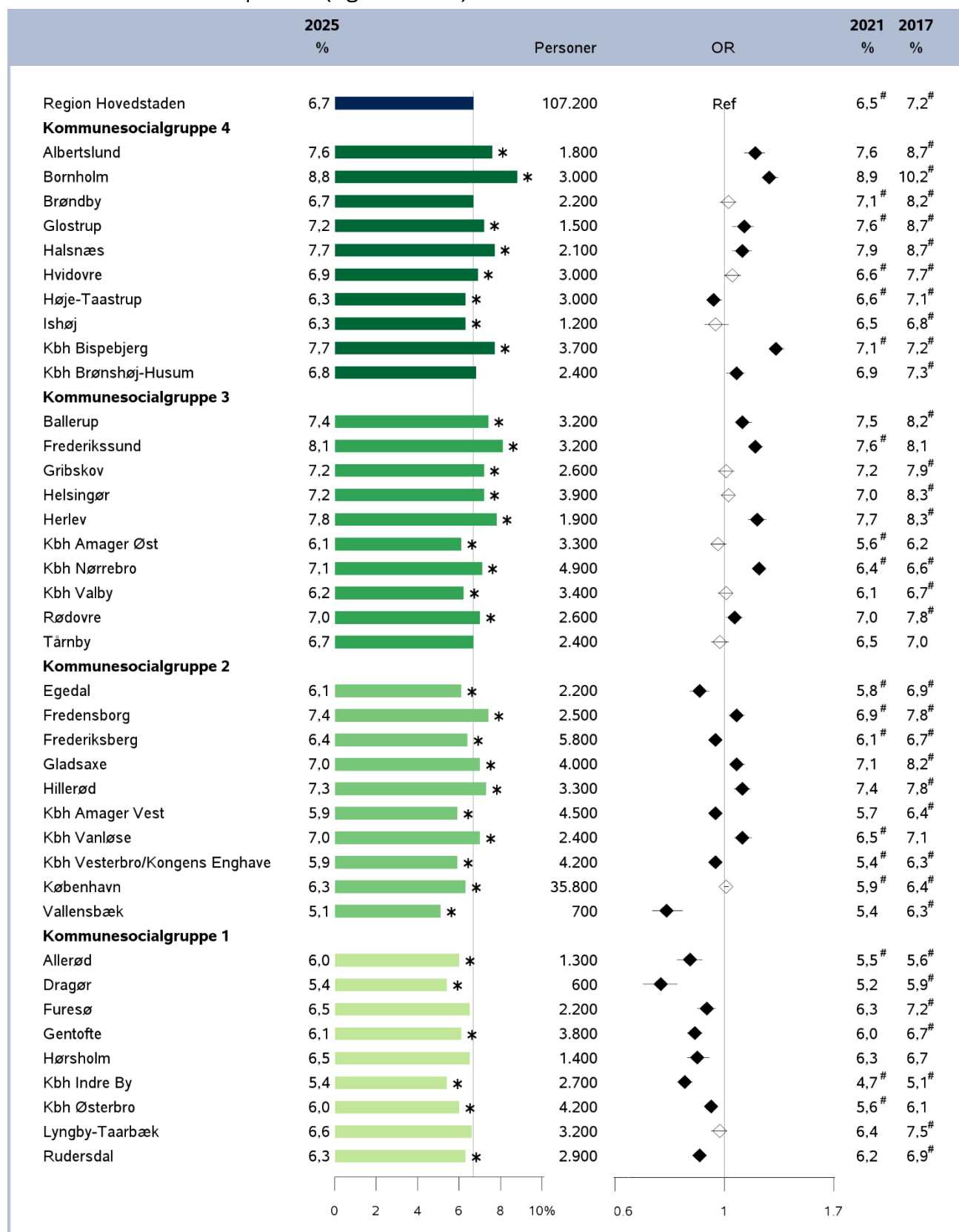
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af depression (registerbaseret) – kommuner

Forekomsten af depression varierer på tværs af kommuner og bydele fra 5,1 % i Vallensbæk Kommune til 8,8 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 19.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, hvor flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 har højere forekomster end i regionen samlet set, og flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 har lavere forekomster. Den samme tendens ses også, når der tages højde for fordeling af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I lidt over halvdelen af regionens kommuner og bydele ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af depression fra 2021 til 2025. I de øvrige kommuner og bydele ses der i de fleste tilfælde stigninger, ligesom i regionen som helhed, især i flere københavnske bydele samt Københavns og Frederiksberg kommuner. De største stigninger ses i bydelene Nørrebro og Indre By fra 2021 til 2025. På trods af stigninger i flere kommuner og bydele fra 2021 til 2025 ses der i de fleste kommuner og bydele en signifikant lavere forekomst i 2025 end i 2017, der især skyldes, at forekomsten fra 2017 til 2021 faldt i størstedelen af regionens kommuner og bydele. Det største fald fra 2017 til 2025 ses i Brøndby og Glostrup kommuner, hvor faldene er sket gradvist.

Tabel 19.3 Forekomst af depression (registerbaseret) – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

19.2 Forekomst af depression – selvrapporteret

I dette afsnit præsenteres resultaterne for selvrapporterede opgørelser af depression, som er baseret på oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', hvor der blev stillet

spørgsmål om depression for første gang i 2021. Definitionen af borgere med selvrapporteret depression i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen nedenfor.

Definition af borgere med selvrapporteret depression i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2021 eller 2025, og som ved et spørgsmål om 'Depression' har svaret 'Ja, det har jeg nu' *eller* har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra sygdommen.

Forekomst af selvrapporteret depression – region

I 2025 er der 14 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har selvrapporteret depression, svarende til 224.900 personer (Tabel 19.4).

Køn og alder: Forekomsten af selvrapporteret depression er højere blandt kvinder (16 %) end blandt mænd (12 %). For begge køn ses en tendens til, at forekomsten falder med stigende alder fra hhv. 25-34 år blandt mænd og 16-34 år blandt kvinder. I disse aldersgrupper ses også de højeste forekomster (mænd: 17 %; kvinder: 22 %). De laveste forekomster ses blandt de 80+årige (mænd: 7 %; kvinder: 9 %).

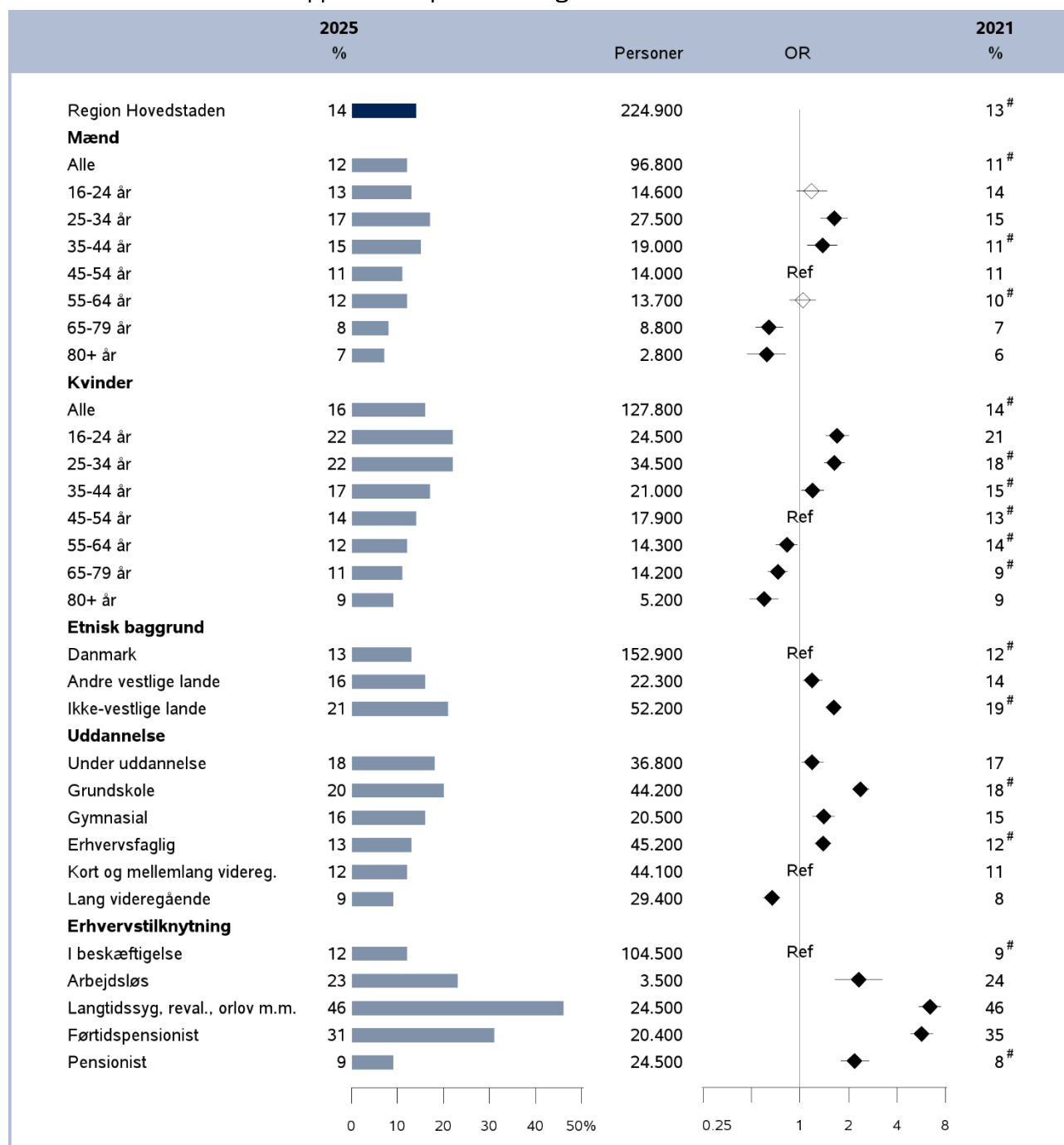
Etnisk baggrund: Forekomsten af selvrapporteret depression er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (21 %) og lavest blandt borgere med dansk baggrund (13 %).

Uddannelse: Der ses en tendens til, at forekomsten af selvrapporteret depression falder med stigende uddannelseslængde. Således er forekomsten højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (20 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (9 %).

Erhvervstilknæytning: Forekomsten af selvrapporteret depression er højere blandt grupper af borgere uden for arbejdsmarkedet (23-46 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (12 %), når der ses bort fra pensionister, hvor den laveste forekomst ses (9 %). Den højeste forekomst ses blandt langtidssyge borgere, hvor knap halvdelen har selvrapporteret depression (46 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der en højere OR for selvrapporteret depression blandt pensionister end blandt borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed ses en mindre stigning i forekomsten af selvrapporteret depression fra 13 % i 2021 til 14 % i 2025 (Tabel 19.4; Figur.19.2). I knap halvdelen af de sociodemografiske grupper ses der ligeledes en stigning i forekomsten fra 2021 til 2025. De største stigninger ses blandt 35-44-årige mænd, blandt 25-34-årige kvinder og blandt borgere i beskæftigelse. For de øvrige grupper ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025, med undtagelse af de 55-64-årige kvinder, hvor forekomsten er faldet.

Tabel 19.4 Forekomst af selvrapporteret depression – region



Baseret på 41.960 besvarelser i 2025 og 55.740 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

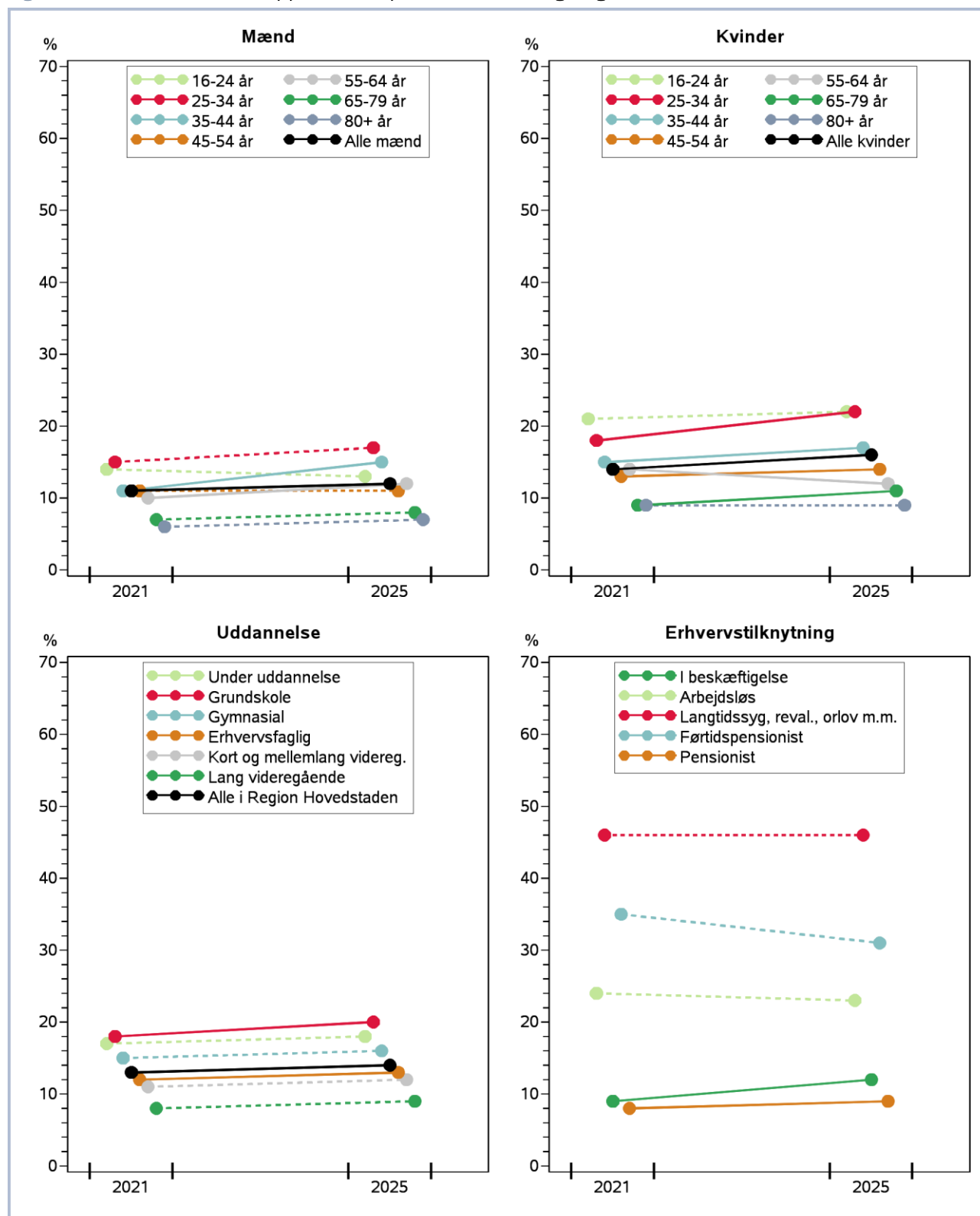
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur.19.2 Forekomst af selvrapporteret depression – udvikling i region



Baseret på 41.960 besvarelser i 2025 og 55.740 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de to år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Forekomst af selvrapporteret depression – sundhedsråd

Forekomsten af selvrapporteret depression varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 12 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 15 % i Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen (Tabel 19.5). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland samt en højere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden, mens forekomsten i Sundhedsråd Amager og Vestegnen ligger på niveau med regionen samlet set. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig i imidlertid i tre af sundhedsrådene. I Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses en

højere OR for selvrapporteret depression sammenlignet med regionen som helhed, mens der ikke ses en forskel på OR i hhv. Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Nordsjælland.

Udvikling: I Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Københavns Omegn Nord ses en mindre stigning i forekomsten af selvrapporteret depression fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. I de to øvrige sundhedsråd ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i samme periode.

Tabel 19.5 Forekomst af selvrapporteret depression – sundhedsråd

	2025 %		Personer	OR	2021 %
Region Hovedstaden	14		224.900	Ref	13 [#]
Sundhedsråd					
Hovedstaden	15	*	106.200		14 [#]
Amager og Vestegnen	15		36.700		14
Københavns Omegn Nord	12	*	46.200		11 [#]
Nordsjælland	13	*	36.000		12

Baseret på 41.960 besvarelser i 2025 og 55.740 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

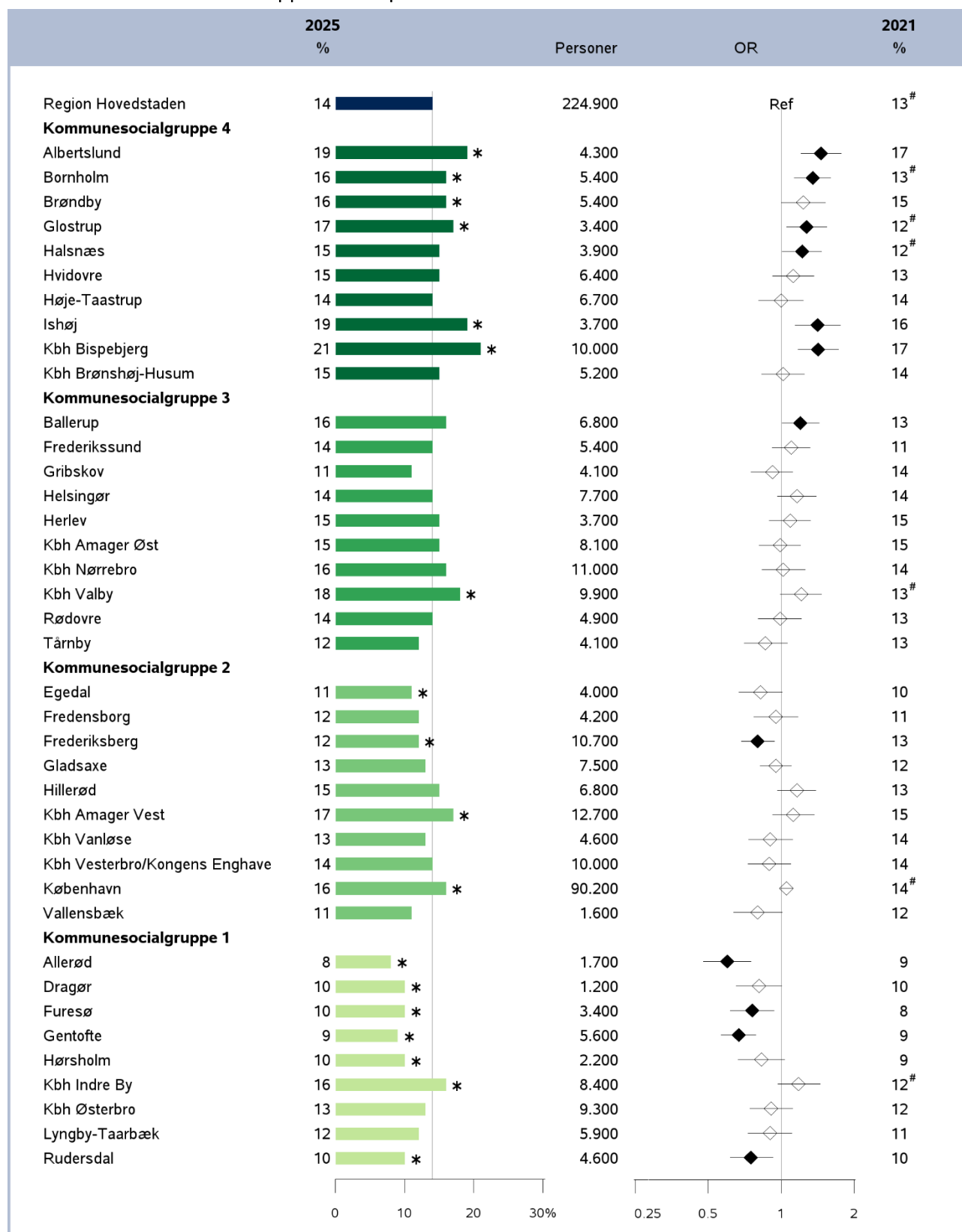
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af selvrapporteret depression – kommuner

Forekomsten af selvrapporteret depression varierer på tværs af kommuner og bydele fra 8 % i Allerød Kommune til 21 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 19.6). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, også når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i kommuner og bydele. Således er forekomsten i flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 højere end i regionen som helhed, mens den er lavere blandt flere kommuner i kommunesocialgruppe 1.

Udvikling: I størstedelen af kommunerne og bydelene ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af selvrapporteret depression fra 2021 til 2025. I enkelte kommuner og bydele ses dog signifikante stigninger fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. Den største stigning ses i Glostrup Kommune og i bydelen Valby.

Tabel 19.6 Forekomst af selvrapporteret depression – kommuner



Baseret på 41.960 besvarelser i 2025 og 55.740 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Olsen, R. F, Mertz Poulsen, A, Vendsborg, P., Knudsen, L., Tranberg, E. Tal og Fakta om psykisk sygdom i Danmark 2023. København: Psykiatrifonden; 2024. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal_og_fakta_om_psykisk_sygdom_i_Danmark_2023.pdf
2. Psykiatrifonden. Depression [internet]. [Henvist 13. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/depression>
3. Plana-Ripoll O, Liu X, Köhler-Forsberg O, Sørensen HT, Momen NC. Mental Disorders in Danish Hospital Registers: A Review of Content and Possibilities for Epidemiological Research. CLEP. 2025; 17:387–407. doi:10.2147/CLEP.S509147

Kapitel 20: Angst

Angst er en naturlig og nyttig reaktion på noget, som føles farligt, mens der er tale om sygdom eller lidelse, når angsten ikke stemmer overens med den reelle fare og bliver dominerende, vedvarende og belastende i så høj grad, at det påvirker ens måde at leve på (1). Symptomerne er ud over angstfølelsen fx hjertebanken, vejtrækningsbesvær eller rysten. Der findes forskellige former for angstsygdomme, hvoraf de mest udbredte er socialfobi, panikangst, generaliseret angst og OCD. Der findes gode behandlingsmuligheder mod angst. Behandlingsmetoderne afhænger af sværhedsgraden samt typen af angst, men psykoterapi og medicin er de to vigtigste behandlingsformer (2).

20.1 Forekomst af angst – registerbaseret

I dette afsnit præsenteres resultaterne for de registerbaserede opgørelser af angst, som er baseret på oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR3), Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemiddeldatabasen (LMDB), dvs. ud fra om borgere har fået en angstdiagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling og/eller har fået medicin til behandling af angst. Definitionen af borgere med registerbaseret angst i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor.

Forekomsten af angst afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er borgere med angst identificeret ved brug af både spørgeskema- og registeroplysninger, som opgøres hver for sig i afsnit 20.1 og 20.2. Det er forventeligt, at forekomsten af hhv. spørgeskema- og registerbaseret angst ikke er ens, da der er forskellig tidsafgrænsning for opgørelserne, og derudover vil det ofte kun være de sværeste tilfælde af angst, som behandles medicinsk eller gives en diagnose i hospitalsregi.

Afgrænsningen af registerbaseret angst i Sundhedsprofil 2025 adskiller sig fra afgrænsningen i Sundhedsprofil 2021 efter dialog med det Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri i Region Hovedstaden og på baggrund af anbefalinger for registerbaseret psykiatriforskning (3). Ændringerne indebærer bl.a., at der i 2025 udelukkende inkluderes diagnoser fra psykiatriske afdelinger. Derudover afgrænses der i forhold til specifikke lægemidler med tilhørende indikationskoder, hvor der i 2021 indgik alle lægemidler med indikationskoder for angst.

Definition af borgere med registerbaseret angst i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én kontakt^a i LPR-PSYK eller LPR3 med psykiatri som hovedspeciale med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller inden for en 12-måneders periode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^b på to forskellige datoer, der opfylder begge af nedenstående kriterier for medicin.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- F40 (fobiske angsttilstande)
- F41 (andre angsttilstande fx panikangst)
- F42 (obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD))
- F43 (reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner fx PTSD)

Kriterier for medicin, hvor *begge* kriterier skal være opfyldt:

- a) Lægemiddelkøb med én af følgende indikationskoder tilknyttet:
 - 163 (mod angst)
 - 371 (mod angst, vanedannende)
- b) Lægemidler med følgende ATC-koder i Lægemiddeldatabasen (LMDb):
 - C07A (betablokkere)
 - N02A, N02B (opioidanalgetika, andre analgetika og antipyretika)
 - N03A (antiepileptika)
 - N05A, N05B, N05BA, N05C (antipsykotika, angstdæmpende, benzodiazepin, sovemidler)
 - N06A, N06B (antidepressiva, psykostimulerende midler)
 - N07B (lægemidler mod afhængighed)

LPR: Landspatientregisteret. LPR-PSYK: Landspatientregisteret-Psykiatri. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

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

Forekomst af angst (registerbaseret) – region

I 2025 har 4,6 % af borgerne i Region Hovedstaden angst, svarende til 73.800 personer (Tabel 20.1).

Køn og alder: Forekomsten af angst er højere blandt kvinder (5,8 %) end blandt mænd (3,3 %). For begge køn ses en tendens til faldende forekomst med stigende alder. For mænd ses den højeste forekomst blandt de 25-34-årige (3,9 %) og den laveste forekomst blandt de 80+ årige (1,9 %). For kvinder ses den højeste forekomst blandt de 16-24-årige (7,9 %) og den laveste forekomst blandt de 65-79-årige (4,0 %).

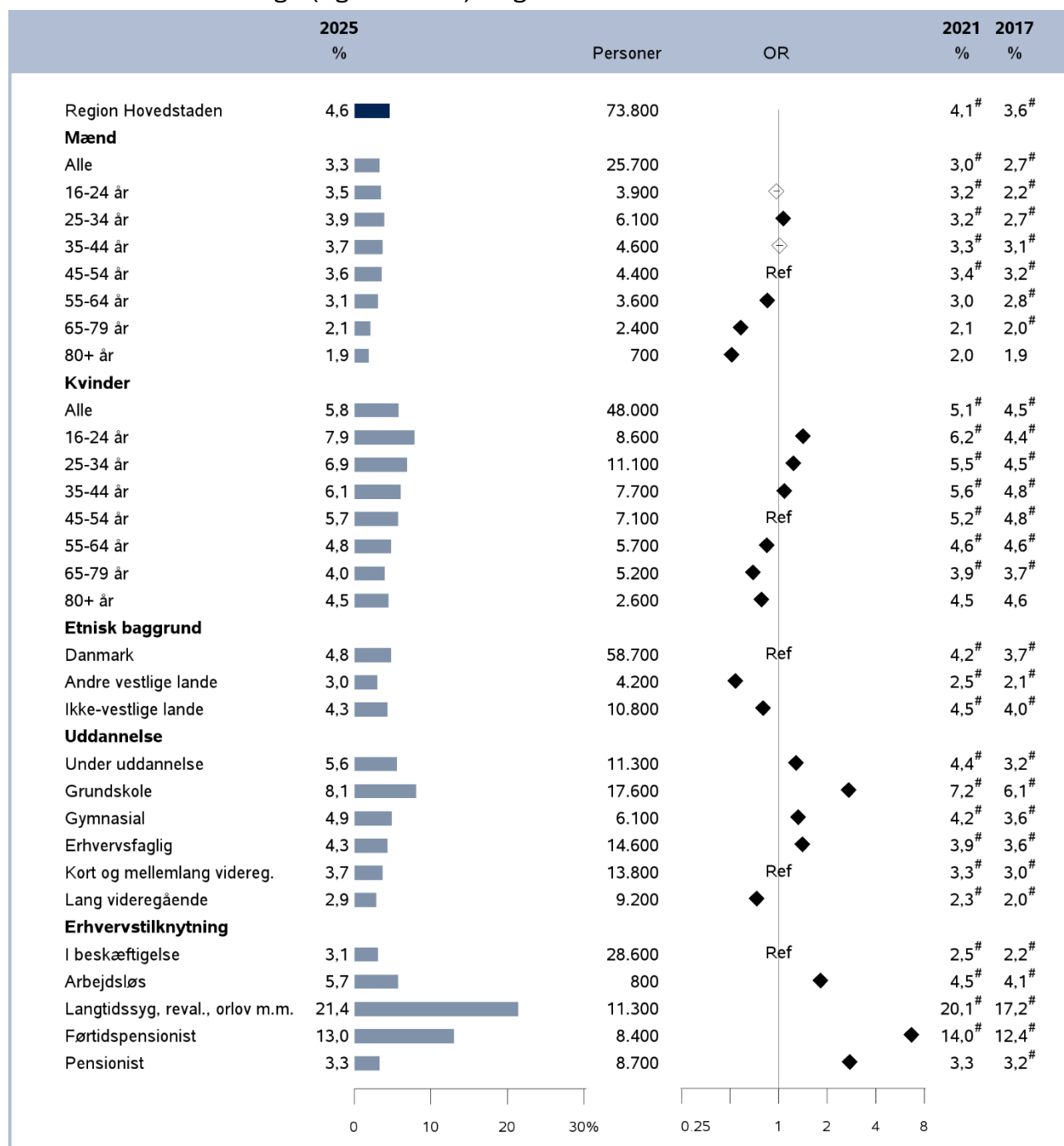
Etnisk baggrund: Forekomsten af angst er højest blandt borgere med dansk baggrund (4,8 %) og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund (3,0 %).

Uddannelse: Forekomsten af angst falder med stigende uddannelseslængde. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (8,1 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (2,9 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af angst er højest blandt langtidssyge borgere (21,4 %) og næsthøjest blandt førtidspensionister (13,0 %), mens den er lavest blandt borgere i beskæftigelse (3,1 %).

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af angst steget gradvist fra 3,6 % i 2017 til 4,5 % i 2025 (Tabel 20.1; Figur 20.1). I næsten alle socio-demografiske grupper ses også en gradvis stigning i forekomsten fra 2017 til 2025. Der ses især store stigninger fra både 2017 og 2021 til 2025 blandt langtidssyge borgere, 16-34-årige kvinder – herunder især de 16-24-årige kvinder – og borgere under uddannelse. Blandt 65+ årige mænd, 80+ årige kvinder samt pensionister ses begrænsede ændringer i forekomsten over tid. Derudover ses der blandt borgere fra ikke-vestlige lande og førtidspensionister et fald i forekomsten fra 2021 til 2025, men forekomsten i 2025 er fortsat højere end i 2017.

Tabel 20.1 Forekomst af angst (registerbaseret) – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

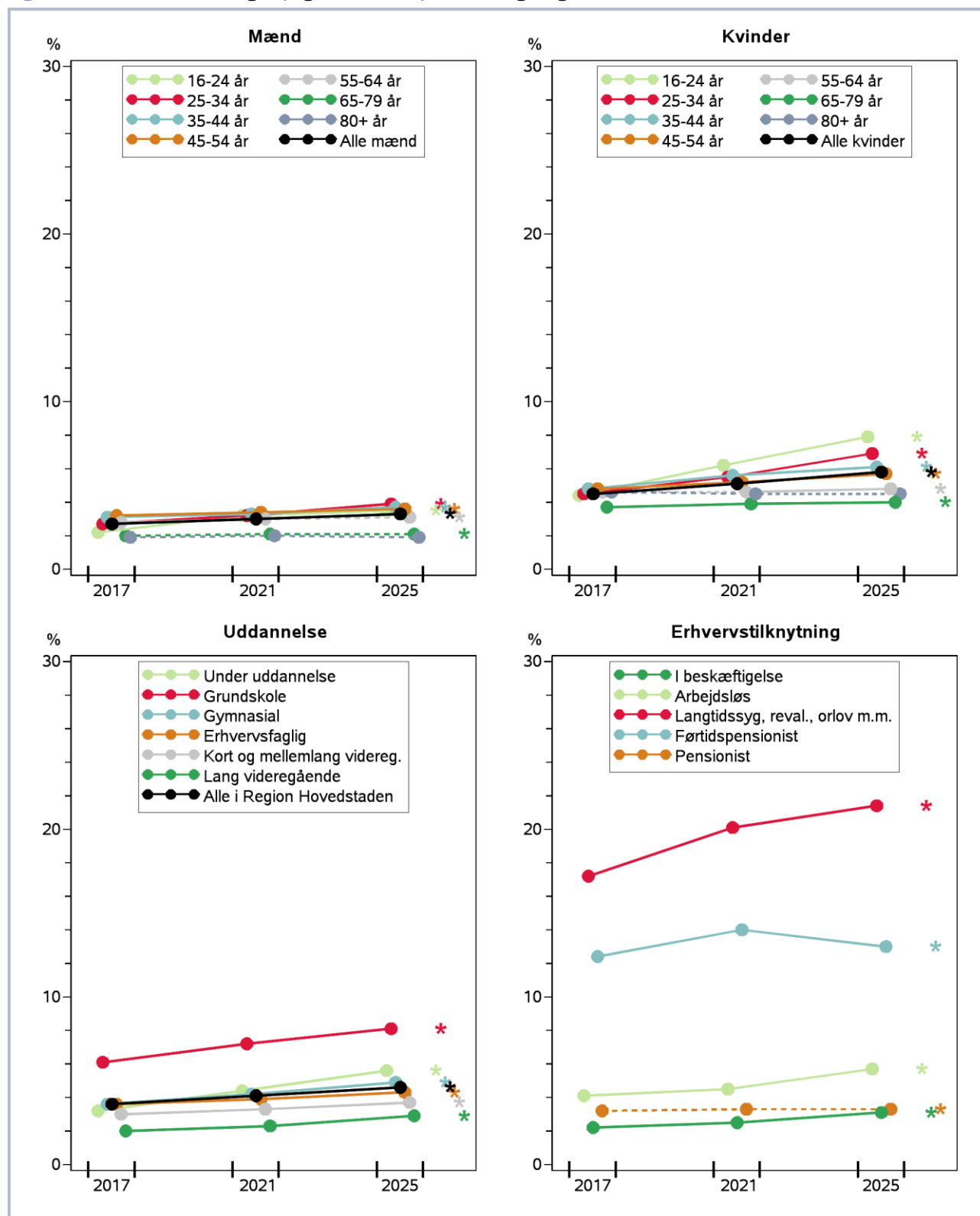
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 20.1 Forekomst af angst (registerbaseret) – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

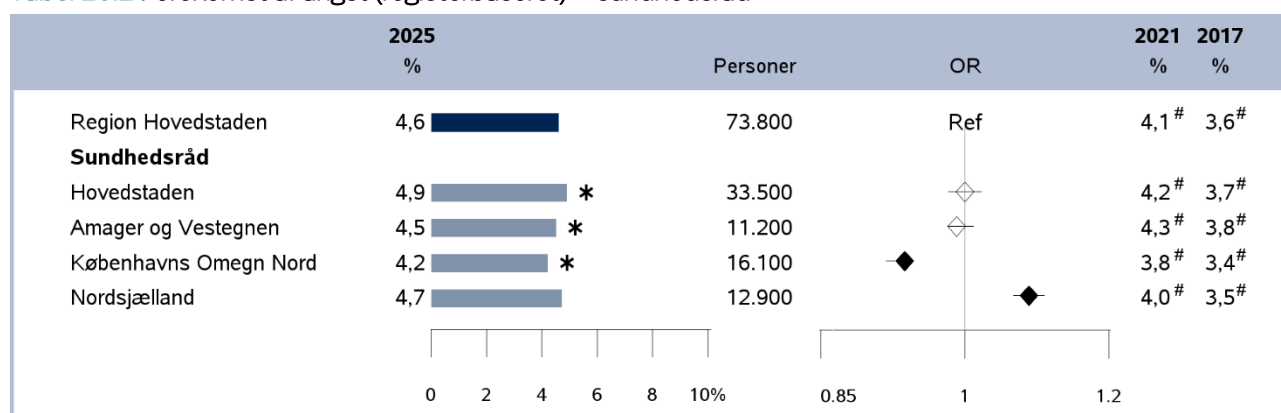
Forekomst af angst (registerbaseret) – sundhedsråd

Forekomsten af angst varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 4,2 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 4,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Tabel 20.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og en højere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid for alle sundhedsrådene med undtagelse af Sundhedsråd

Københavns Omegn Nord. For Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses der en forskel i forhold til regionen som helhed, mens der ses en højere OR for angst i Sundhedsråd Nordsjælland.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses en gradvis stigning i forekomsten af angst i samtlige sundhedsråd fra 2017 til 2025. De største stigninger ses i Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Nordsjælland.

Tabel 20.2 Forekomst af angst (registerbaseret) – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

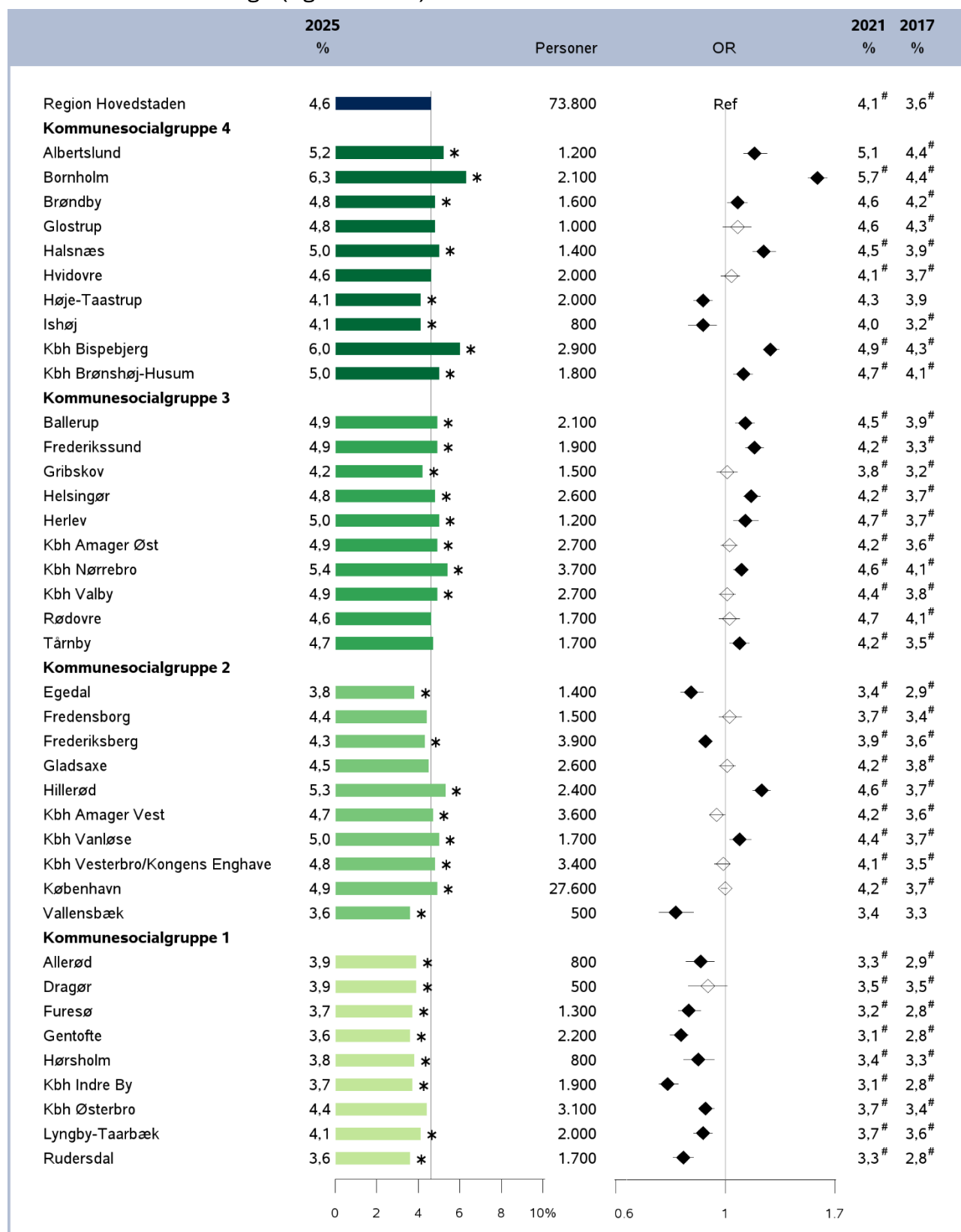
* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af angst (registerbaseret) – kommuner

Forekomsten af angst varierer på tværs af regionens kommuner og bydele fra 3,6 % i Vallensbæk, Gentofte og Rudersdal kommuner til 6,3 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 20.3). Forekomsten i de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 er højere end i regionen som helhed, mens den er lavere i næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1. Der ses således en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, og denne tendens ses også, når der justeres for køn og alder.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed ses en gradvis stigning i forekomsten af angst i næsten alle regionens kommuner og bydele fra 2017 til 2025. Den største absolutte stigning fra 2017 til 2025 ses i Bornholms Regionskommune, fra 4,4 % til 6,3 %. Der ses også en stor stigning fra 2017 til 2025 i bydelen Bispebjerg – og her ses også den største stigning fra 2021 til 2025 (fra 4,9 % til 6,0 %). Der er imidlertid også undtagelser, idet der fra 2021 til 2025 ses begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten i flere kommuner på den københavnske vestegn: Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Rødovre og Vallensbæk kommuner. I Vallensbæk og Høje-Taastrup kommuner ses desuden også begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2017 til 2025.

Tabel 20.3 Forekomst af angst (registerbaseret) – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

20.2 Forekomst af angst – selvrapporteret

I dette afsnit præsenteres resultaterne for selvrapporterede opgørelser af angst, som er baseret på oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', hvor der blev stillet spørgsmål om

angst for første gang i 2021. Definitionen af borgere med selvrapporteret angst i Sundhedsprofil 2025 kan ses i tekstboksen nedenfor.

Definition af borgere med selvrapporteret angst i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2021 eller 2025, og som ved et spørgsmål om 'Angstlidelse (fx socialfobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD)' har svaret 'Ja, det har jeg nu' *eller* har svaret 'Ja, det har jeg haft tidligere' og 'Ja' til stadig at have eftervirkninger fra sygdommen.

Forekomst af selvrapporteret angst – region

I 2025 er der 14 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har selvrapporteret angst, svarende til 229.300 personer (Tabel 20.4).

Køn og alder: Forekomsten af selvrapporteret angst er højere blandt kvinder (18 %) end blandt mænd (10 %). For begge køn ses en tendens til, at forekomsten falder med stigende alder, fra 25-34 år blandt mænd og 16-24 år blandt kvinder. I disse aldersgrupper ses også de højeste forekomster (mænd: 17 %; kvinder: 33 %). De laveste forekomster ses blandt de 80-årige (mænd: 3 %; kvinder: 5 %).

Etnisk baggrund: Forekomsten af selvrapporteret angst er højest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (18 %) og lavest blandt borgere med dansk baggrund (13 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der ikke en signifikant forskel i OR for selvrapporteret angst blandt borgere med anden vestlig baggrund og borgere med dansk baggrund.

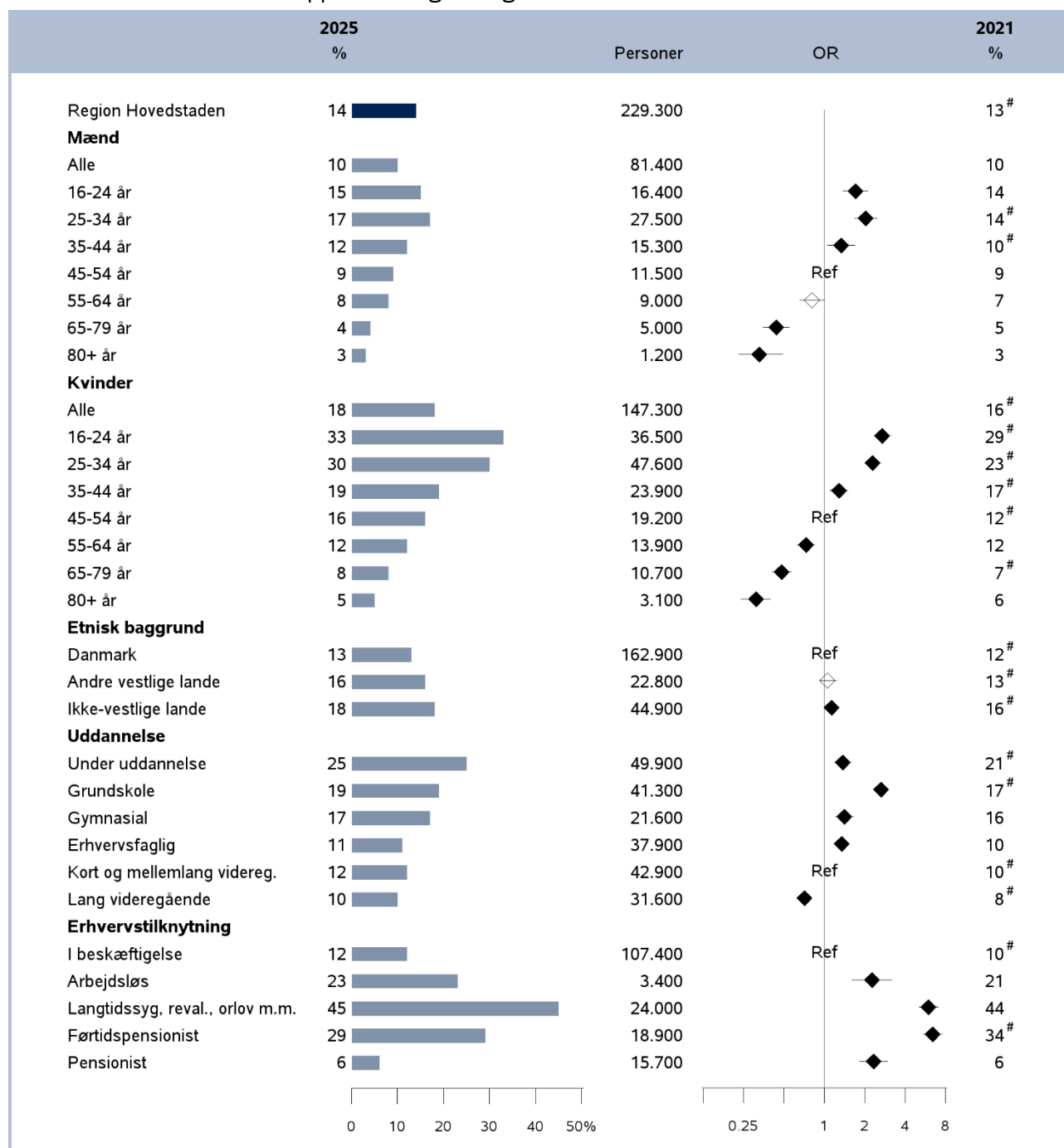
Uddannelse: Der ses en tendens til, at forekomsten af selvrapporteret angst falder med stigende uddannelseslængde. Således er forekomsten af selvrapporteret angst højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (19 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (10 %), hvor den laveste forekomst ses. Den højeste forekomst ses blandt borgere under uddannelse, hvor en fjerdedel

har selvrapporteret angst (25 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses den højeste OR for selvrapporteret angst blandt borgere med grundskoleuddannelse. Det ser dermed ud til, at noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse kan forklares af køn og alder.

Erhvervstilknytning: Forekomsten af selvrapporteret angst er højere blandt grupper af borgere uden for arbejdsmarkedet (23-45 %) end blandt borgere i beskæftigelse (12 %), når der ses bort fra pensionister, hvor den laveste forekomst ses (6 %). Den højeste forekomst ses blandt langtidssyge borgere, hvor næsten halvdelen rapporterer, at de har angst (45 %). Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses der en højere OR for selvrapporteret angst blandt pensionister end blandt borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed ses en mindre stigning i forekomsten af selvrapporteret angst, fra 13 % i 2021 til 14 % i 2025 (Tabel 20.4; Figur 20.2). I lidt over halvdelen af de sociodemografiske grupper ses der ligeledes en stigning i forekomsten fra 2021 til 2025. Den største absolutte stigning ses blandt de 25-34-årige kvinder, hvor forekomsten er steget fra 23 % til 30 %. For de øvrige grupper ses begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2021 til 2025, med undtagelse af førtidspensionister, som er den eneste gruppe, hvor forekomsten er faldet signifikant.

Tabel 20.4 Forekomst af selvrapporteret angst – region



Baseret på 41.090 besvarelser i 2025 og 55.860 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

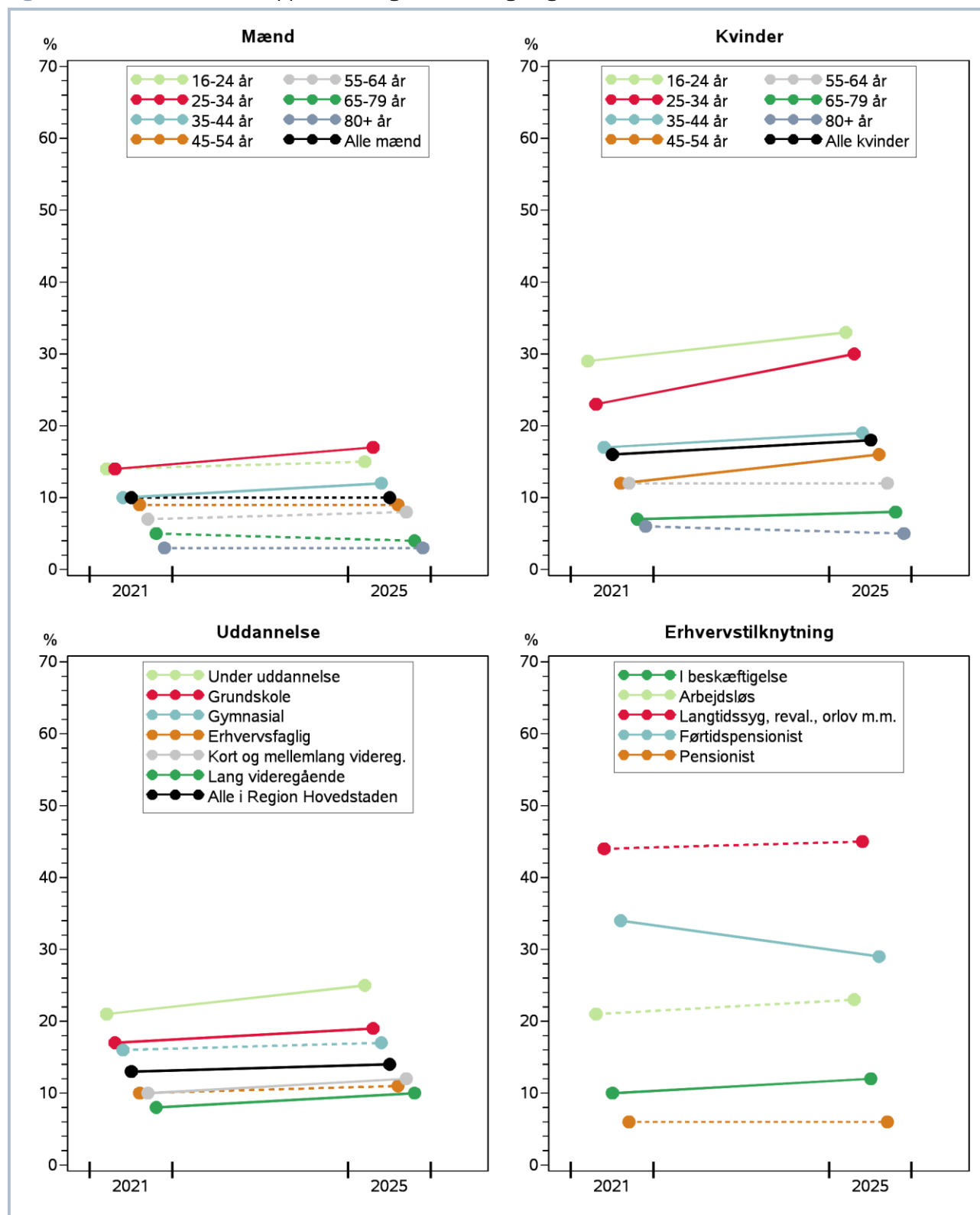
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 20.2 Forekomst af selvrappporteret angst – udvikling i region



Baseret på 41.090 besvarelser i 2025 og 55.860 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de to år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

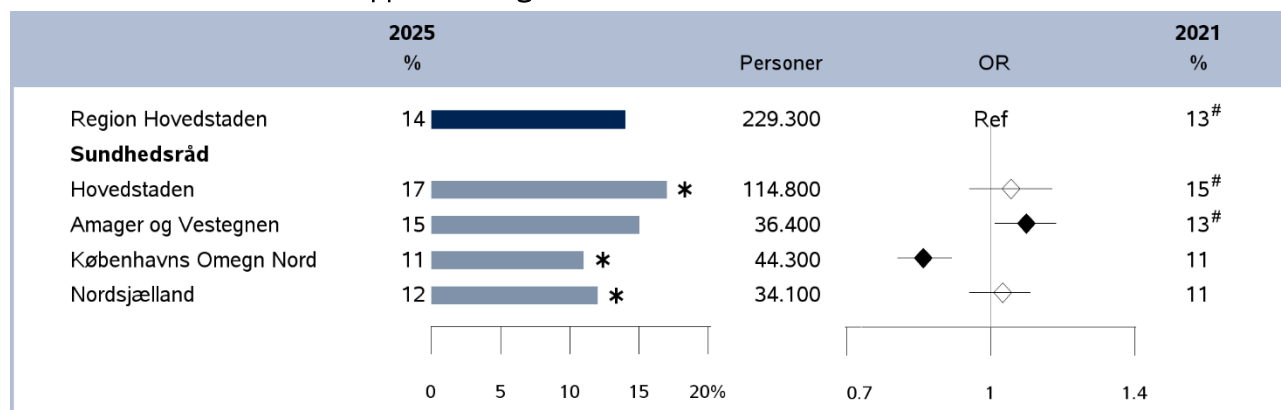
Forekomst af selvrapporteret angst – sundhedsråd

Forekomsten af selvrapporteret angst varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 11 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 17 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Tabel 20.5). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og Sundhedsråd Nordsjælland samt en højere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden, mens forekomsten i Sundhedsråd Amager og Vestegnen ligger på niveau med regionen samlet set. Når der ses på OR justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig i imidlertid i tre af

sundhedsrådene. I Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses en højere OR for selvrapporteret angst sammenlignet med regionen som helhed, mens der ikke ses en forskel i OR i hhv. Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Nordsjælland.

Udvikling: I Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses en stigning i forekomsten af selvrapporteret angst fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. I de to øvrige sundhedsråd ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i samme periode.

Tabel 20.5 Forekomst af selvrapporteret angst – sundhedsråd



Baseret på 41.090 besvarelser i 2025 og 55.860 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

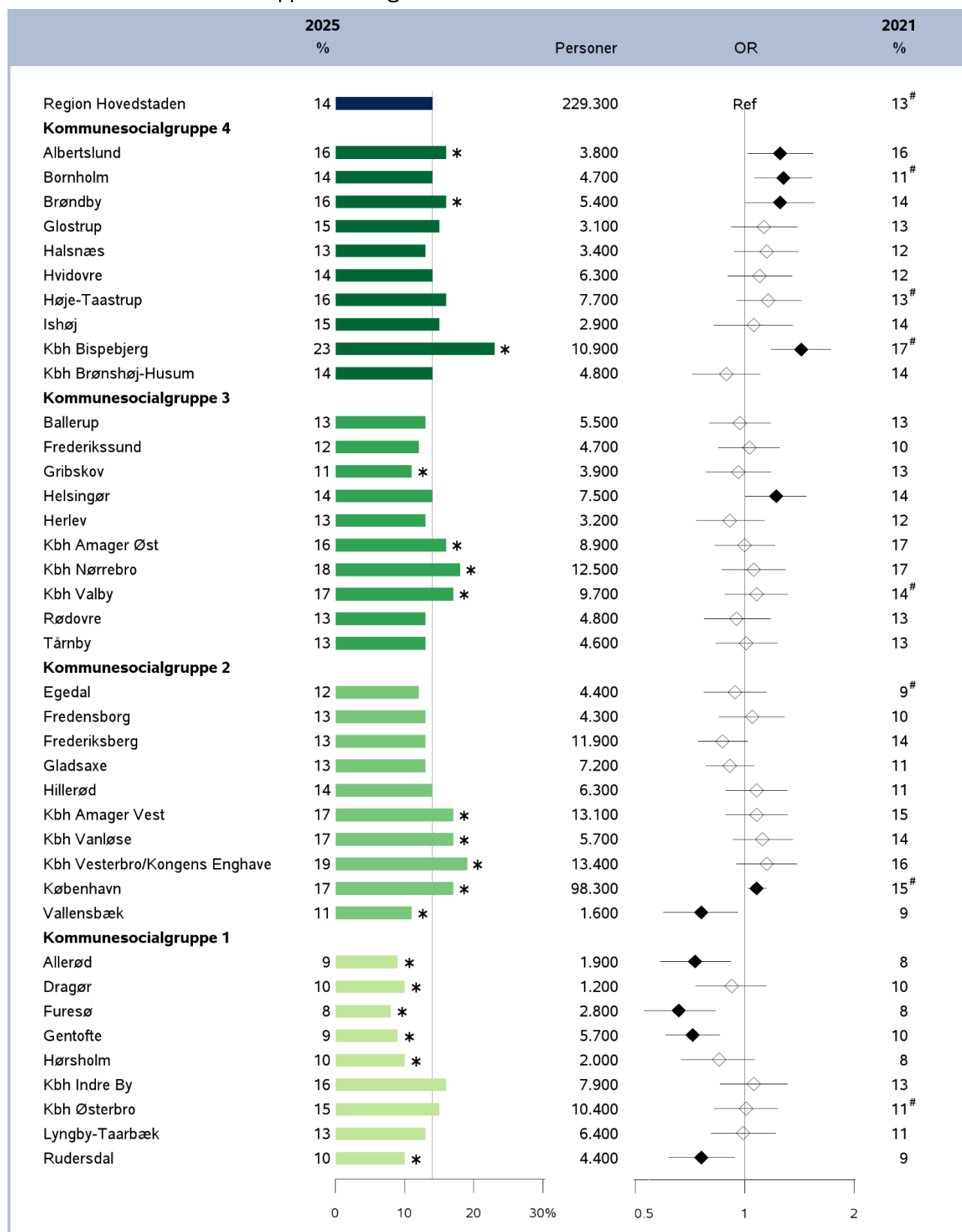
Forekomst af selvrapporteret angst – kommuner

Forekomsten af selvrapporteret angst varierer på tværs af kommuner og bydele fra 8 % i Furesø Kommune til 23 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 20.6). I flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 er forekomsten højere end i regionen som helhed, mens den er lavere blandt flere kommuner i kommunesocialgruppe 1. Der ses således en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, som dog bliver mindre tydelig, når der ses på OR justeret for køn og alder. Derudover ses der en tendens til, at forekomsten er højere i Københavns Kommune og de københavnske bydele end i

regionen samlet set. Denne tendens bliver ligeledes mindre tydelig, når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i kommuner og bydele.

Udvikling: I størstedelen af kommunerne og bydelene ses der begrænsede og ikke signifikante ændringer i forekomsten af selvrapporteret angst fra 2021 til 2025. I enkelte kommuner og bydele ses dog signifikante stigninger fra 2021 til 2025 ligesom i regionen som helhed. Den største stigning ses i bydelen Bispebjerg, fra 17 % i 2021 til 23 % i 2025.

Tabel 20.6 Forekomst af selvrapporteret angst – kommuner



Baseret på 41.090 besvarelser i 2025 og 55.860 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet af CKFF og SIF.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Bentzen J, Nielsen LT, Jepsen KYB, Vendsborg P. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. København: Psykiatrifonden; 2021. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Rapport_Talogfakta_PsykisksygdomDK_300621.pdf
2. Psykiatrifonden. Angst [internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst>
3. Plana-Ripoll O, Liu X, Köhler-Forsberg O, Sørensen HT, Momen NC. Mental Disorders in Danish Hospital Registers: A Review of Content and Possibilities for Epidemiological Research. Clin Epidemiol. 2025; 17:387–407. doi:10.2147/CLEP.S509147 PubMed PMID: 40260425; PubMed Central PMCID: PMC12010038

Kapitel 21: ADHD

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) er klassificeret som en hyperkinetisk forstyrrelse, kendetegnet ved vanskeligheder med opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet. Inden for dette diagnosefelt findes også ADD, der beskrives som en opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet og derfor betegnes som en undertype til ADHD-diagnosen (1). I dag anerkendes ADHD/ADD som en udviklingsforstyrrelse, der ikke kun forekommer i barndommen, men ofte fortsætter ind i voksenlivet, og der er derfor et stigende antal voksne, som bliver sendiagnosticeret med ADHD (2). ADHD (inklusive ADD) opgøres derfor – for første gang – i Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2025.

Forekomsten af ADHD afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er definitionen af borgere med ADHD baseret på oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR3), Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK) og Lægemiddeldatabasen (LMDB), dvs. ud fra om borgerne har fået en ADHD-diagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling og/eller medicin til behandling af ADHD. Definitionen af borgere med ADHD i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor. Det skal bemærkes, at et stigende antal borgere i dag udredes for ADHD i privat regi, hvilket ikke indgår i opgørelserne (3).

Definition af borgere med ADHD i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én kontakt^a i LPR-PSYK eller LPR3 med psykiatri som hovedspeciale med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose og/eller inden for en 12-måneders periode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med en eller flere af nedenstående ATC-koder i Lægemiddeldatabasen (LMDB).

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- F90 (hyperkinetiske forstyrrelser herunder ADHD)
- F98.8 (andre specificerede adfærds- eller emotionelle forstyrrelser med debut i barndom eller ungdom)

Lægemidler med følgende ATC-koder i LMDB:

- C02AC02 (guanfacin)
- N06BA04 (methylphenidat)
- N06BA01 (amfetamin)
- N06BA02 (dexamfetamin)
- N06BA12 (lisdexamfetamin)
- N06BA09 (atomoxetin)

LPR: Landspatientregisteret. LPR-PSYK: Landspatientregisteret-Psykiatri. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3, hvor hovedspecialet er afgrænset til psykiatri og børne- og ungepsykiatri), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital.

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

Forekomst af ADHD – region

I 2025 er der 3,0 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har ADHD, svarende til 87.900 personer (Tabel 21.1).

Køn og alder: Forekomsten af ADHD er en anelse højere blandt kvinder (3,0 %) end blandt mænd (2,9 %). Forekomsten falder med stigende alder for begge køn. Den højeste forekomst ses således blandt de 16-24-årige (mænd: 6,6 %; kvinder: 7,3 %), og den laveste ses blandt de 80+ årige (0,1 %).

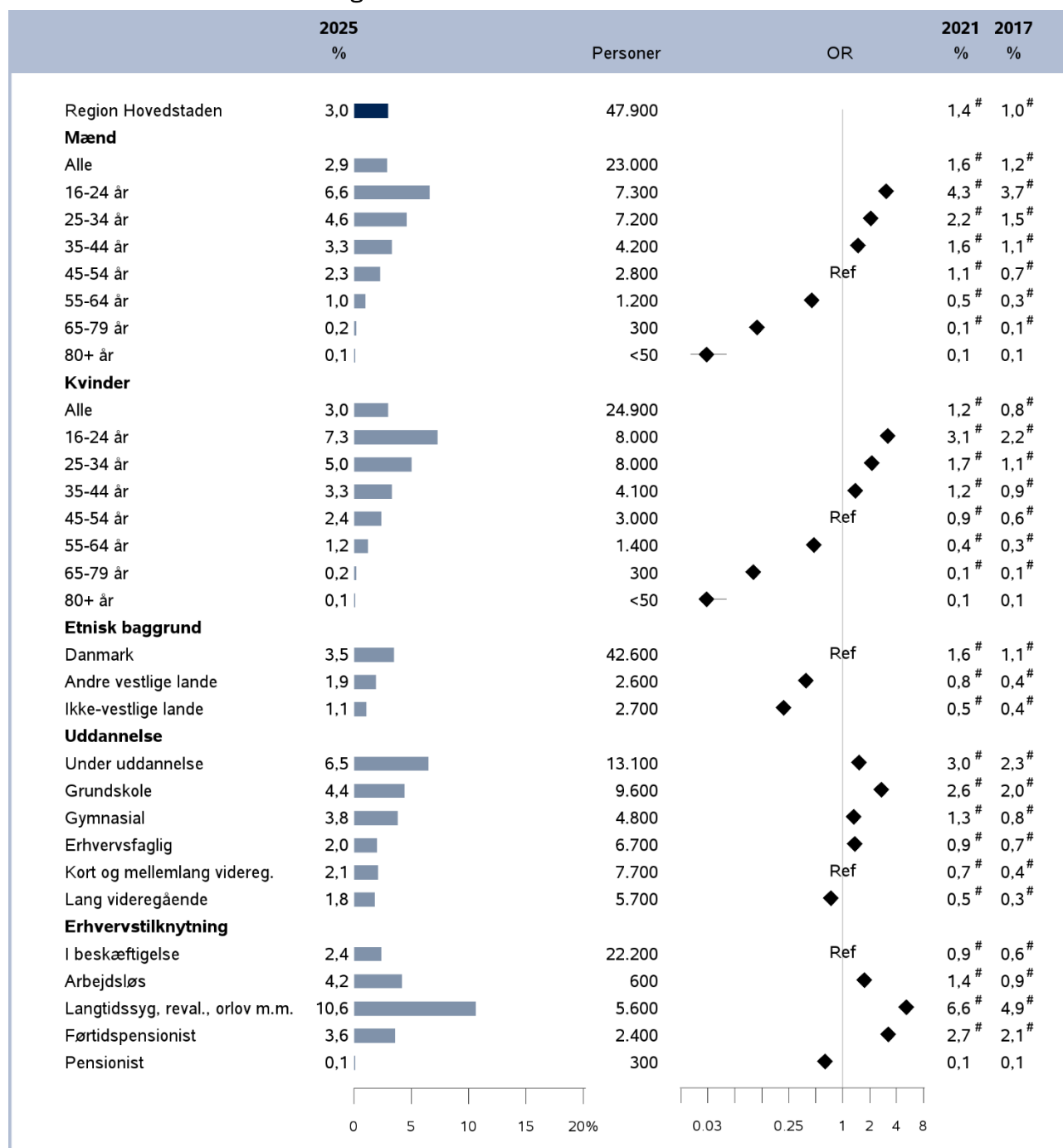
Etnisk baggrund: Forekomsten af ADHD er højere blandt borgere med dansk baggrund (3,5 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund (1,9 %) og ikke-vestlig baggrund (1,1 %).

Uddannelse: Forekomsten af ADHD falder med stigende uddannelseslængde og er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (4,4 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,8 %), hvor den er lavest. Forekomsten er dog højest blandt borgere under uddannelse (6,5 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af ADHD er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse (2,4 %), med undtagelse af pensionister, hvor forekomsten er lavest (0,1 %). Den højeste forekomst ses blandt langtids-syge borgere (10,6 %).

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af ADHD lidt mere end fordoblet siden 2021, mens der var en mindre stigning fra 2017 til 2021 (Tabel 21.1; Figur 21.1). I samtlige sociodemografiske grupper ses også stigninger mellem årene, med undtagelse af pensionister og borgere over 80 år, hvor forekomsten er uændret. Siden 2017 ses de største stigninger blandt 16-24-årige kvinder, hvor andelen er steget fra 2,2 % til 7,3 %, og blandt langtids-syge borgere, hvor andelen er steget fra 4,9 % til 10,6 %.

Tabel 21.1 Forekomst af ADHD – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

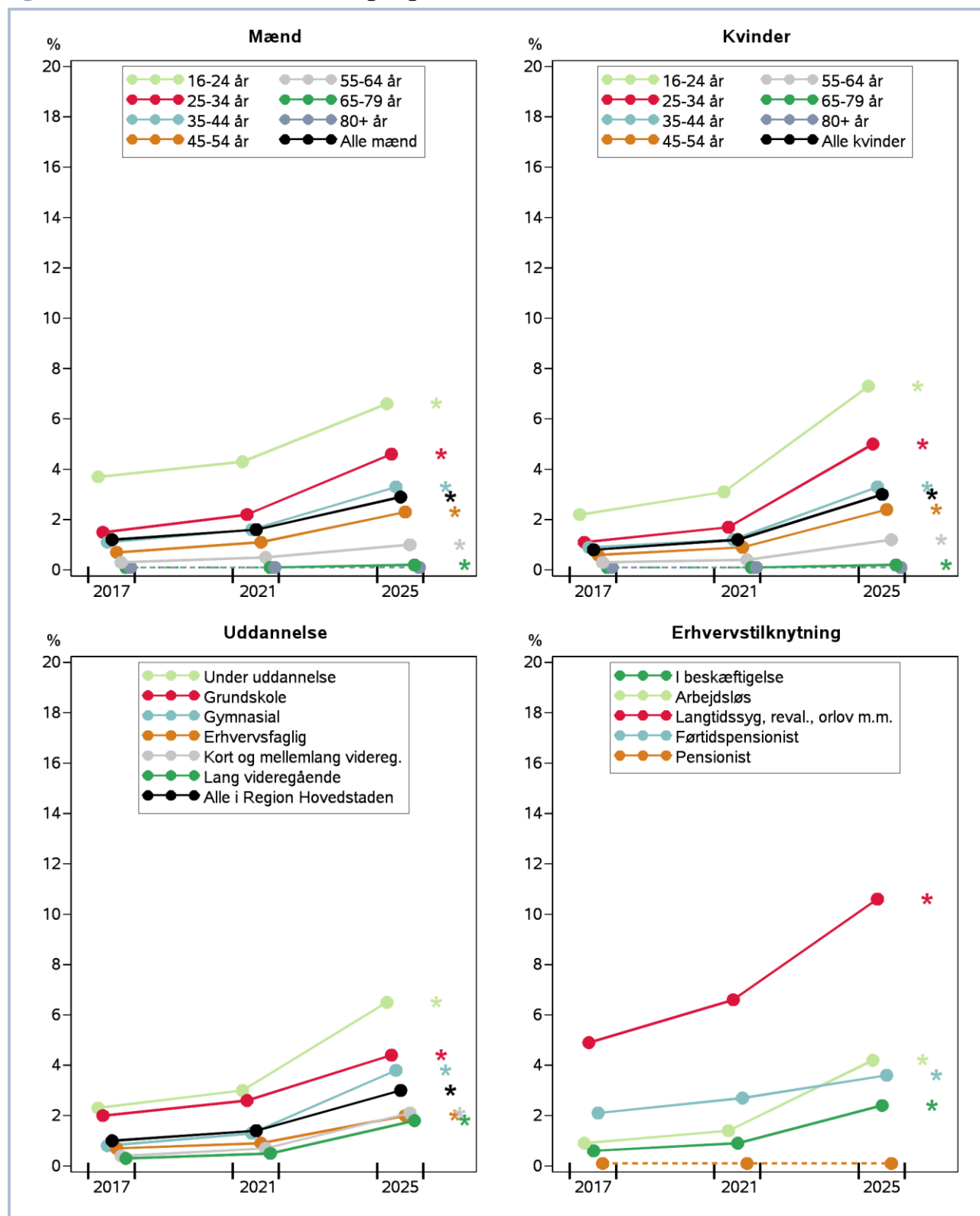
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 21.1 Forekomst af ADHD – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

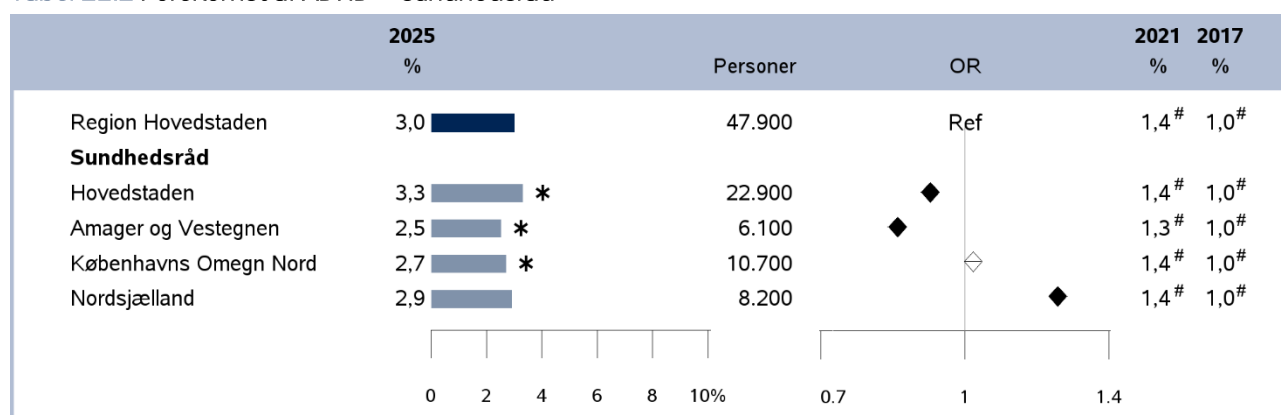
Forekomst af ADHD – sundhedsråd

Forekomsten af ADHD varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 2,5 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen til 3,3 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Tabel 21.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Københavns Omegn Nord og en højere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden, mens Sundhedsråd Nordsjælland ligger på niveau med regionen som helhed. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder ses

imidlertid en lavere OR for ADHD i Sundhedsråd Hovedstaden og Sundhedsråd Amager og Vestegnen og en højere OR i Sundhedsråd Nordsjælland sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er forekomsten af ADHD steget fra 2017 til 2025 i alle sundhedsråd, hvor den største stigning ses fra 2021 til 2025. Den største stigning siden 2017 ses i Sundhedsråd Hovedstaden.

Tabel 21.2 Forekomst af ADHD – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

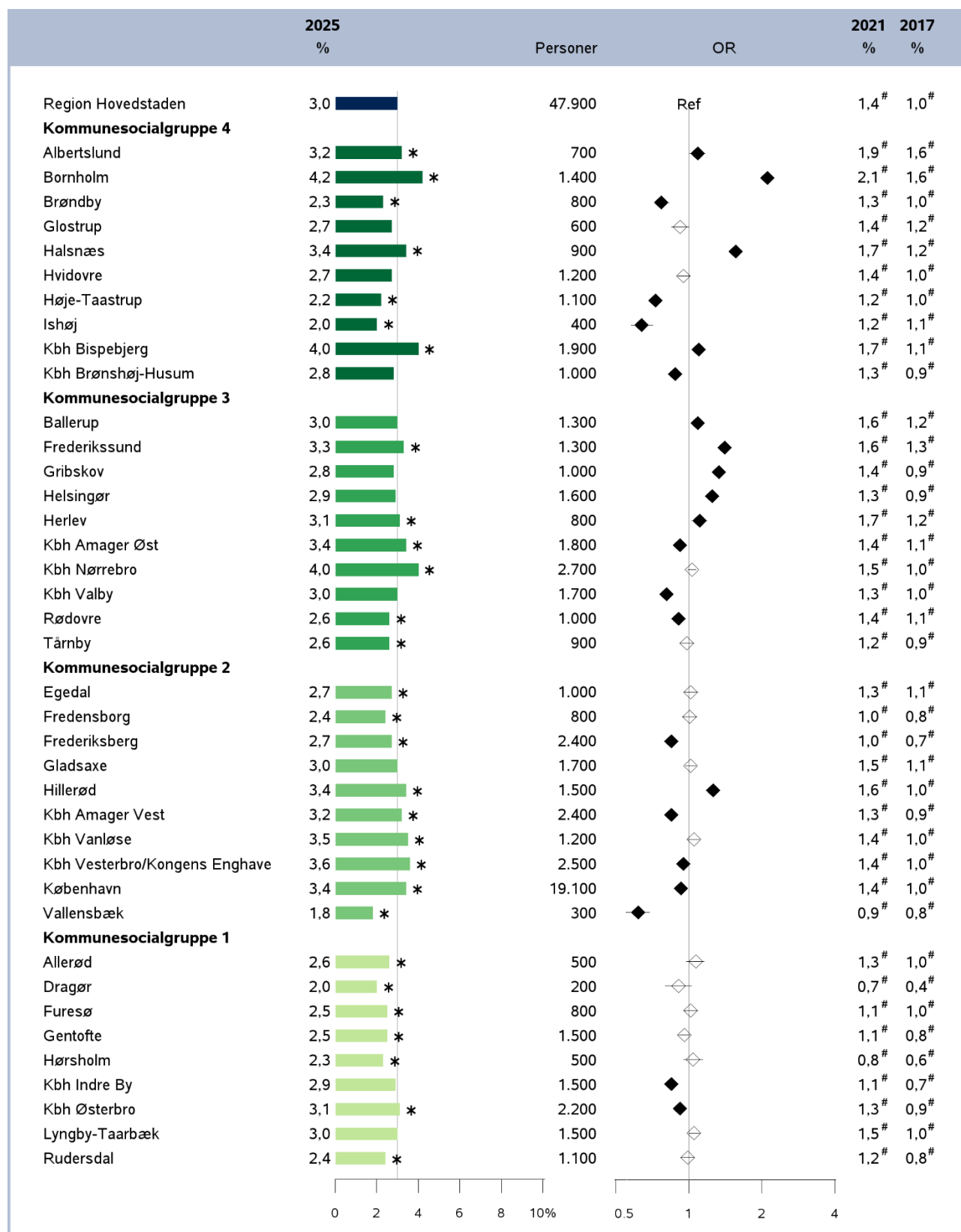
Forekomst af ADHD – kommuner

Forekomsten af ADHD varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,8 % i Vallensbæk Kommune til 4,2 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 21.3). Derudover ses der også højere forekomster i flere kommuner i Nordsjælland, herunder i Halsnæs, Frederikssund, Gribskov og Hillerød kommuner, ligesom odds ratio (OR) justeret for køn og alder også er blandt de højeste i disse kommuner. Der ses også generelt højere forekomster i flere københavnske bydele, men her forsvinder tendensen, når der ses på OR. Der ses en mindre tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, hvor flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe

3 og 4 har højere forekomster end i regionen samlet set og flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 har lavere forekomster. Den samme tendens ses, når der tages højde for fordeling af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I samtlige kommuner og bydele ses der stigninger mellem årene med de største stigninger fra 2021 til 2025 ligesom i regionen samlet set. De største stigninger fra 2017 til 2025 ses i flere af de københavnske bydele, hvor den største stigning ses i bydelen Nørrebro.

Tabel 21.3 Forekomst af ADHD – kommuner



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Litteratur

1. Lægehåndbogen. Hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD [internet]. [Henvist 11. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boerne-og-ungdomspsykiatri/tilstande-og-sygdomme/udadrettet-adfaerd/hyperkinetiske-forstyrrelser/>
2. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. ADHD-DATABASEN Årsrapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Aarhus; 2025. Tilgængelig hos: https://www.sundk.dk/media/sg2he1yo/aarsrapport_adhd_2023_offentlig.pdf
3. Sundhedsstyrelsen. Udredning og behandling af ADHD hos voksne – faglig visitationsretningslinje. København; 2016. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/4ofb2cvy/faglig-visitationsretningslinje-for-adhd-hos-voksne_270616.pdf

Kapitel 22: Autisme

Autisme er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, kendetegnet ved manglende udvikling af socialkognitive færdigheder, sproglig kommunikation og stereotyp adfærd siden barndommen (1). Hos voksne kan autisme komme til udtryk som vedvarende udfordringer med sociale relationer, kommunikation og fleksibilitet i hverdagen, ofte ledsaget af behov for struktur, forudsigelighed og fokuserede interesser (2).

Inden for dette diagnosefelt findes flere undertyper, herunder infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom, anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse (GUA) og gennemgribende udviklingsforstyrrelse (GUU) (2). I Sundhedsprofil 2025 dækker definitionen af autisme over disse undergrupper. I dag anerkendes autisme som en udviklingsforstyr-

relse, der ikke kun forekommer i barndommen, men ofte fortsætter ind i voksenlivet (2). Autisme opgøres derfor – for første gang – i Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2025.

Forekomsten af autisme afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Sundhedsprofil 2025 er forekomsten af borgere med autisme baseret på oplysninger fra Landspatientregisteret (LPR3) og Landspatientregisteret-Psykiatri (LPR-PSYK), dvs. ud fra om borgerne har fået en autismediagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling. Da autisme ikke kan behandles medikamentelt, indgår information fra Lægemiddeldatabasen ikke i afgrænsningen. Definitionen af borgere med autisme i Sundhedsprofil 2025 ses i tekstboksen nedenfor.

Definition af borgere med autisme i Sundhedsprofil 2025

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én kontakt^a i LPR-PSYK eller LPR3 med psykiatri som hovedspeciale med en af nedenstående ICD-10-koder som aktions- eller bidiagnose.

Diagnoser ud fra ICD-10-koder i LPR:

- F84.0 (infantil autisme)
- F84.1 (atypisk autisme)
- F84.5 (Aspergers syndrom)
- F84.8 (andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser)
- F84.9 (gennemgribende udviklingsforstyrrelser, uspecificeret)

LPR: Landspatientregisteret. LPR-PSYK: Landspatientregisteret-Psykiatri. ICD-10: international klassifikation af sygdomme, version 10. ATC-kode: kode i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^a Med kontakt forstås en indlæggelse eller et besøg i et ambulant forløb (inklusive åbne ambulante forløb) på en psykiatrisk afdeling (dvs. oplysninger fra LPR2-PSYK (Landspatientregisteret-Psykiatri) og LPR3, hvor hovedspecialet er afgrænset til psykiatri og børne- og ungepsykiatri), men ikke en skadestuekontakt (LPR2), en akut kontakt med en varighed på fire timer eller mindre (LPR3) eller en kontakt med et privathospital

Forekomst af autisme – region

I 2025 er der 0,6 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har autisme, svarende til 9.600 personer (Tabel 22.1).

Køn og alder: Forekomsten af autisme er den samme blandt mænd og kvinder (0,6 %). Forekomsten falder med stigende alder for begge køn. Den højeste forekomst ses således blandt de 16-24-årige (mænd: 2,9 %; kvinder: 2,8 %), og den laveste ses blandt borgere på 65+ år (<0,1 %).

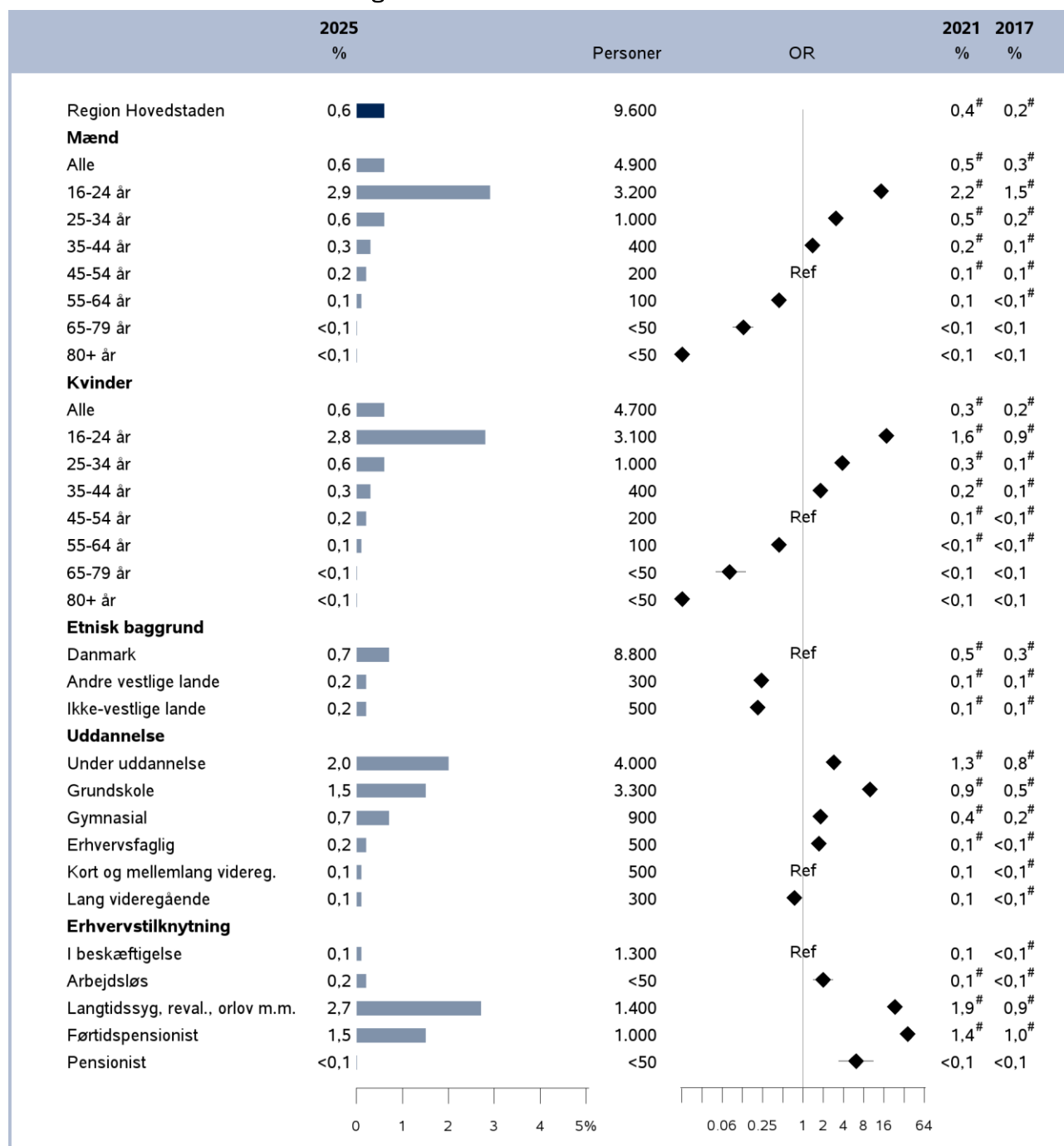
Etnisk baggrund: Forekomsten af autisme er højere blandt borgere med dansk baggrund (0,7 %) end blandt borgere med anden vestlig baggrund og ikkevestlig baggrund (begge 0,2 %).

Uddannelse: Forekomsten af autisme falder med stigende uddannelseslængde og er således højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (1,5 %) end blandt borgere med en videregående uddannelse (0,1 %), hvor forekomsten er lavest. Forekomsten er dog højest blandt borgere under uddannelse (2,0 %).

Erhvervstilknytning: Forekomsten af autisme er højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse (0,1 %), med undtagelse af pensionister, hvor forekomsten er lavest (<0,1 %). Den højeste forekomst ses blandt langtidssyge borgere (2,7 %). Når der ses på odds ratio (OR), er OR højere for pensionister end for borgere i beskæftigelse.

Udvikling: I regionen som helhed er forekomsten af autisme steget gradvist fra 0,2 % i 2017 til 0,6 % i 2025 (Tabel 22.1; Figur 22.1). I samtlige sociodemografiske grupper ses stigninger fra 2017 til 2025, når der ses bort fra pensionister og borgere over 65 år, hvor forekomsten er uændret. Fra 2021 til 2025 ses der enkelte grupper, hvor der ikke er sket ændringer, fx blandt borgere med videregående uddannelse og borgere i beskæftigelse. Siden 2017 ses de største stigninger blandt 16-24-årige kvinder, hvor andelen er steget fra 0,9 % til 2,8 %, og blandt langtidssyge borgere, hvor andelen er steget næsten tilsvarende fra 0,9 % til 2,7 %.

Tabel 22.1 Forekomst af autisme – region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

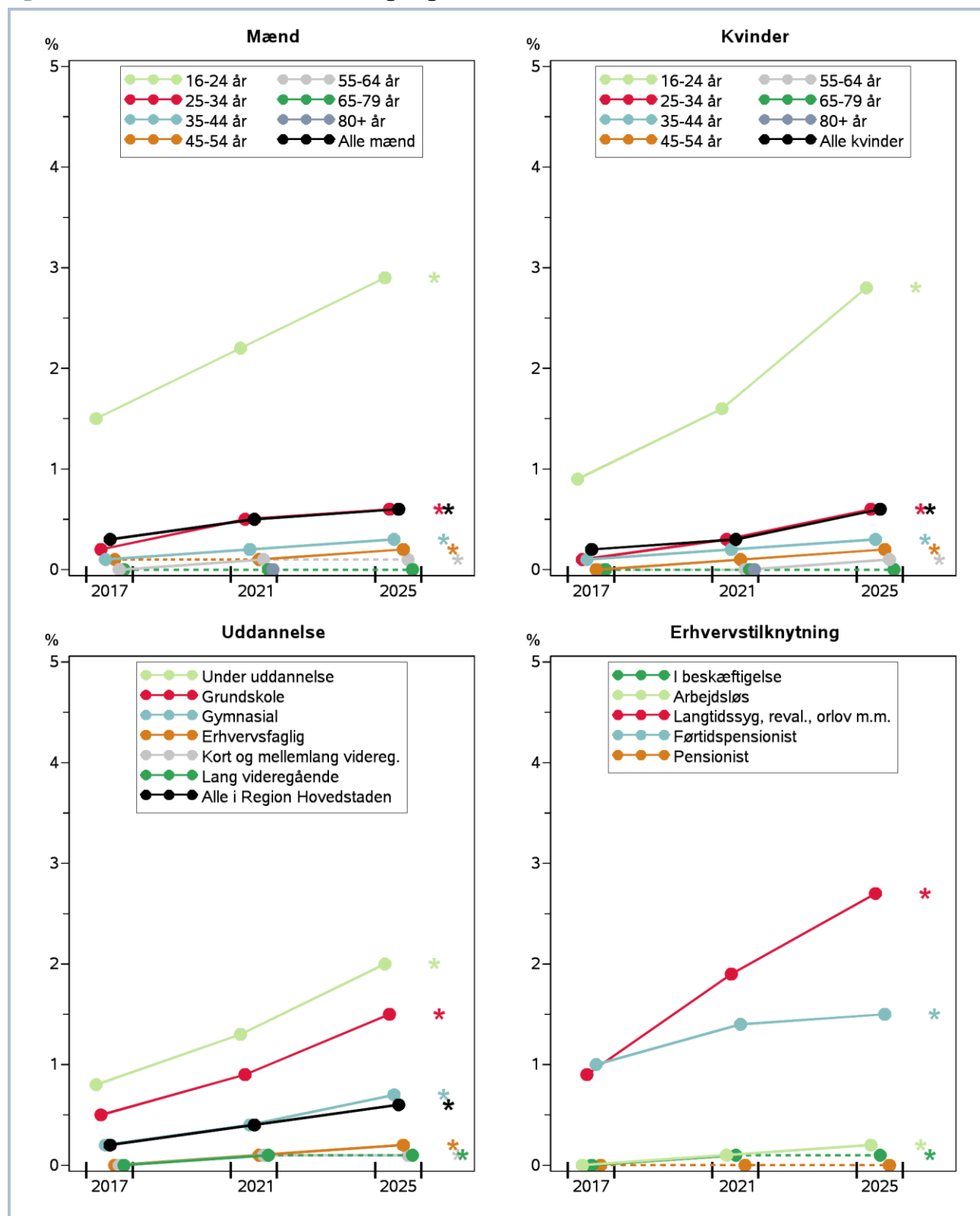
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.

Udfyldt røde ved OR: statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). Vandret streg igennem røde: 95 %-konfidensinterval.

Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Figur 22.1 Forekomst af autisme – udvikling i region



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.
 Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
 Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsterne er ens på tværs af grupper.
 Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse.
 * Statistisk signifikant forskel i forekomsten i 2017 og 2025.

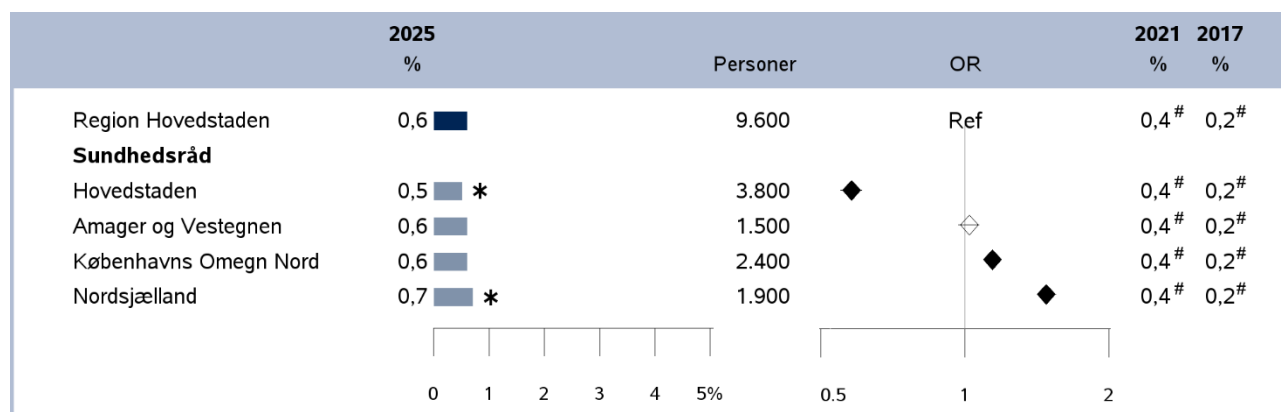
Forekomst af autisme – sundhedsråd

Forekomsten af autisme varierer på tværs af de geografiske områder, der hører til de enkelte sundhedsråd, fra 0,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 0,7 % i Sundhedsråd Nordsjælland (Tabel 22.2). Sammenlignet med regionen som helhed ses en højere forekomst i Sundhedsråd Nordsjælland og en lavere forekomst i Sundhedsråd Hovedstaden, mens forekomsten i Sundhedsråd Amager og Vestegnen samt Sundhedsråd Københavns Omegn Nord ligger på niveau med regionen som helhed.

Når der ses på OR justeret for køn og alder, ses imidlertid en signifikant højere OR i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Ligesom i regionen som helhed er forekomsten af autisme steget gradvist fra 2017 til 2025 i alle sundhedsrådene. Den største stigning siden 2017 ses i Sundhedsråd Nordsjælland.

Tabel 22.2 Forekomst af autisme – sundhedsråd



Baseret på oplysninger i registre fra 1.605.900 personer i 2025, 1.527.900 personer i 2021 og 1.483.500 personer i 2017.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

Udfyldt rude ved OR: statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed (Ref). Vandret streg igennem rude: 95 %-konfidensinterval.

* Statistisk signifikant forskel i forekomsten ift. regionen som helhed. # Statistisk signifikant forskellig fra 2025.

Forekomst af autisme – kommuner

Forekomsten af autisme er ikke opgjort for kommuner og bydele grundet for lav forekomst.

Litteratur

1. Lægehåndbogen. Autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge [internet]. [Henvist 11. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boerne-og-ungdomspsykiatri/tilstande-og-sygdomme/gennemgribende-udviklingsforstyrrelser/autismespektrumforstyrrelser/>
2. Lægehåndbogen. Autisme hos voksne [internet]. [Henvist 11. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/autisme-hos-voksne/>

Hvordan har det?