

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen,
Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Finn Breinholt Larsen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL

Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Finn Breinholt Larsen (projektleder)
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-89-5

EAN-nr: 9788792400895

UDGIVELSE

Marts 2018

OPLAG

2.000

TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT

www.hartwork.dk

FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands fjerde sundhedsprofil. De tre tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010 og 2013. Sundhedsprofilerne bygger på borgernes egne oplysninger og giver en enestående mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden i regionen, sådan som den opleves og beskrives af borgerne selv. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, en spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 borgere. Desuden beskrives udviklingen i sundhedstilstanden ud fra *Hvordan har du det? 2010* og *2013*.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen. Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig derfor på at inddrage nye emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. Samtidig er det vigtigt at følge udviklingen på de områder, der fortsat har en central betydning for folkesundheden som f.eks. rygning og andre sundhedsvaner.

Da sundhedsprofilen spænder over mange emner, kan det være på sin plads at fremhæve nogle af dens anvendelsesmuligheder. I det følgende nævnes fire eksempler på områder, hvor sundhedsprofilen kan bidrage med nyttig viden:

- Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde
- Bedre mental sundhed og mentalt helbred
- Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom
- Social og geografisk lighed i sundhed

Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) og overvægt er stadig de forebyggelige risikofaktorer, der forårsager flest kroniske sygdomme og tabte leveår i befolkningen, samtidig med at de bidrager væsentligt til den sociale ulighed i sundhed (1).

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner.

Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

Bedre mental sundhed og mentalt helbred

God mental sundhed indebærer ifølge WHO's definition, at man kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt at man kan indgå i fællesskaber med andre mennesker (2).

Fremme af den mentale sundhed har høj prioritet både globalt og i en dansk sammenhæng (3, 4). Samtidig er det en vanskelig målsætning at arbejde med. Det skyldes både, at vi lever i et dynamisk samfund med hastige sociale og teknologiske forandringer, der påvirker vores dagligdag og hele tiden byder på nye muligheder og udfordringer. Men også, at området spænder vidt fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Vi har i den aktuelle sundhedsprofil udbygget beskrivelsen af befolkningens mentale sundhed i forhold til tidligere. Samtidig har vi skærpet det analytiske fokus, idet der nu skelnes mellem befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Mental sundhed refererer til graden af psykisk trivsel, mens mentalt helbred vedrører psykisk sygdom.

Denne skelnen har betydning, når man tilrettelægger forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på det mentale område. Indsatser til fremme af den mentale sundhed sigter generelt mod en bredere målgruppe end indsatser til fremme af det mentale helbred, og arbejdsmetoderne må nødvendigvis indrettes derefter.

Der præsenteres følgende vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed, depression og psykiske lidelser. Oplysninger om depression er med for første gang i *Hvordan har du det? 2017*. Det samme gælder oplysninger om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse blandt unge.

Vi håber, at den grundige og nuancerede fremstilling vil finde anvendelse ved tilrettelæggelse af indsatser for bedre mental sundhed og mentalt helbred.

Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

De oplysninger, der findes i *Hvordan har du det?*, kan bruges til at beskrive, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom.

Tidligere beskrev man fortrinsvis sundhedstilstanden ud fra registrerede diagnoser og dødelighed. Samfundsudviklingen har imidlertid medført et voksende behov for oplysninger om livskvalitet, funktionsevne og symptombyrde hos borgere med kronisk sygdom, og ikke blot oplysninger om, hvad de fejler, og hvad de dør af.

Det skyldes ikke mindst, at levealderen er steget, og at mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At borgere kan leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom er en vigtig målsætning for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor er det relevant at indhente borgernes egne vurderinger af, hvordan de har det. Disse oplysninger går under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) og er et vigtigt supplement til kliniske data (5). PRO omfatter også oplysninger fra patienter om deres erfaring med brug af sundhedsvæsenet. PRO-data indsamles i stigende grad som led i behandlingsforløbene, hvor de bruges til at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov samt til at monitorere kvaliteten og effekten af behandlingen for en hel patientpopulation.

Hvordan har du det? indeholder en lang række spørgsmål, der kan bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Her kan især fremhæves spørgsmål om:

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

For eksempel bruges *Hvordan har du det?*-data allerede som reference i MoEva (6). MoEva er et værktøj, der er udviklet i Region Midtjylland til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

Social og geografisk lighed i sundhed

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er derimod systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (7).

Større social lighed i sundhed er en vigtig målsætning i både region og kommuner. Sundhedsprofilen indeholder en række oplysninger, der kan understøtte denne indsats.

På tværs af de forskellige kapitler finder man oplysninger om befolkningens sundhed opdelt på uddannelsesniveau og i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. En række af disse oplysninger er desuden sammenfattet i et særskilt kapitel.

Uddannelse er en af de vigtigste markører for social ulighed i sundhed og har også været benyttet i analyserne i de tidligere sundhedsprofiler.

Som noget nyt har vi desuden undersøgt sundhedstilstanden blandt førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og arbejdsløse. Disse grupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet, samt at de på langt de fleste områder er dårligere stillet end befolkningen som helhed (8). Det har derfor interesse at beskrive sundheden i disse grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmaessige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år. Vi håber derfor, at man bl.a. vil finde tallene informative i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der både skyldes, at der sker en geografisk sortering af befolkningen via boligmarkedet, og at de fysiske og sociale omgivelser i områder med mange socialt udsatte ofte er mere belastende for sundheden sammenlignet med mere velstående områder (9).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

I sundhedsprofilen fra 2013 blev der introduceret en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på sogne. Sundheden i de enkelte kommuner blev beskrevet i forhold til kommunens sociogeografi. Der har været stor interesse i kommunerne for denne måde at beskrive forskelle i sundhed på tværs af geografi på. Analyserne er derfor gentaget og udbygget i nærværende sundhedsprofil og kan bruges ved planlægning af indsatser for større geografisk lighed i sundhed.

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy* 2017; 23(1):57-65.
6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>
7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*; 2010; 1186:125-145.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	10
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	16
Baggrund og formål	16
Metode.....	16
Beskrivelse af baggrundsvariable	21
Læsevejledning	24
Medarbejdere.....	24
SUNDHEDSVANER	29
2. RYGNING	32
Hvor mange ryger?	35
Daglig rygning i hjem med børn.....	41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?.....	43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?	47
Rygestart og rygestop	53
Råd fra egen læge om rygestop	54
E-cigaretter	55
3. ALKOHOL	58
Hvor mange har et stort alkoholforbrug?.....	61
Hvor mange rusdrikker?	65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?	71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug	75
Unge og alkohol	77
4. FYSISK AKTIVITET	84
Hvor mange er fysisk inaktive?	89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling?	93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden?	97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?	103
Råd fra egen læge om at dyrke motion	113
5. KOST	120
Hvor mange har et usundt kostmønster?.....	122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt?.....	131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner	137

6. OVERVÆGT	140
Hvor mange er overvægtige?	142
Hvor mange vil gerne tabe sig?	149
Råd fra egen læge om at tabe sig	157
FYSISK OG MENTAL SUNDHED	161
7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	164
Selvurderet helbred	165
Helbredsrelateret livskvalitet	172
8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED	192
Trivsel og livskvalitet	198
Stress	204
Generet af angst og anspændthed	210
Ensomhed	216
Depression	224
Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer	230
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	246
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom	250
Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom	282
Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom	298
Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom	309
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom	311
Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom	313
Borgere i behandling	315
Behandlingsbyrde	322
Sundhedskompetence	330

ULIGHED I SUNDHED	345
10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED	348
Social ulighed i sundhedsvaner	357
Social ulighed i generelt helbred	361
Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence	365
11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	372
Den sociogeografiske inddeling	374
Geografisk ulighed i sundhedsvaner	379
Geografisk ulighed i levevilkår	381
Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom	383
Sundhed på én side	386
Favrskov Kommune	388
Hedensted Kommune.....	390
Herning Kommune.....	392
Holstebro Kommune	394
Horsens Kommune	396
Ikast-Brande Kommune	398
Lemvig Kommune	400
Norddjurs Kommune.....	402
Odder Kommune.....	404
Randers Kommune	406
Ringkøbing-Skjern Kommune.....	408
Samsø Kommune	410
Silkeborg Kommune	412
Skanderborg Kommune.....	414
Skive Kommune.....	416
Struer Kommune.....	418
Syddjurs Kommune	420
Viborg Kommune	422
Aarhus Kommune.....	424
Region Midtjylland.....	426
BILAG	430

9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Sundhedsvæsenets aktiviteter drejer sig i stigende grad om at opspore, behandle og rehabilitere borgere med kronisk sygdom samt at forebygge, at nye tilfælde af kronisk sygdom opstår. Det er ikke blot praksis-sektoren og hospitalerne, der tager sig af mennesker med kronisk sygdom. Tilbud til borgere med kroniske sygdomme er også en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde (1).

I dette kapitel har vi samlet en række oplysninger, der kan støtte indsatsen i forhold til borgere med kronisk sygdom. Først gives en kort oversigt over indholdet i kapitlet. Dernæst beskrives nogle af de aktuelle udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen. Herefter præsenteres resultaterne fra *Hvordan har du det? 2017*. Resultaterne er inddelt i fire sektioner.

I *første sektion* beskrives forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme. Det er vigtigt at kende udbredelsen af kroniske sygdomme i befolkningen og de ændringer, der sker i sygdomsmønsteret, for at kunne tilpasse sundhedsvæsenets ydelser hertil. Det er ligeledes vigtigt at vide, hvor hyppigt sygdommene optræder i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Forekomsten af multisygdom beskrives også, idet flere og flere borgere er multisyge, dvs. at de har to eller flere kroniske sygdomme, hvilket kan give særlige udfordringer både for patienten og sundhedsvæsenet.

I *anden sektion* beskrives sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom. Rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og svær overvægt hører til de vigtigste risikofaktorer for udvikling af en række kroniske sygdomme. Disse faktorer øger desuden risikoen for forværring af tilstanden, når sygdom først er opstået, og for udvikling af nye sygdomme. Desuden kan de mindske effekten af visse behandlinger. Derfor er det vigtigt, at der er tilbud om forebyggelse til patienter, der har behov for og er motiverede for at ændre sundhedsvaner. Kapitlets oplysninger om sundhedsvaner hos borgere med kroniske sygdomme kan understøtte den patientrettede forebyggelse.

I *tredje sektion* beskrives helbred og livskvalitet hos borgere med kronisk sygdom. Mange mennesker lever

en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At kunne leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom og for manges vedkommende at kunne bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet er en vigtig målsætning i forhold til denne del af befolkningen. Derfor er det relevant at beskrive, hvordan borgere med kroniske sygdomme har det. Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre livskvalitet hos borgere med kroniske sygdomme og sikring af arbejdsmarkedstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder.

I *fjerde sektion* beskrives kontakten med sundhedsvæsenet blandt borgere med kronisk sygdom. I sektionen gives først en beskrivelse af, hvem der var i behandling på undersøgelsestidspunktet. Derefter fokuseres der på to aspekter, der er vigtige i den enkeltes kontakt med sundhedsvæsenet: Hvor stor en indsats kræver det at følge sin behandling? Hvor svært er det at forstå information om sundhed og at kommunikere med sundhedspersonalet?

Spørgsmålene refererer til henholdsvis behandlingsbyrde og sundhedskompetence, som begge er vigtige aspekter af kontakten med sundhedsvæsenet. En stor behandlingsbyrde kan gøre det svært for nogle at følge deres behandling, ligesom en lav sundhedskompetence kan forringe borgerens udbytte af behandlingen. Begge dele kan således føre til forringet livskvalitet og øget sygdomsrisiko gennem mangelfuld efterlevelse af optimal behandling. Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre behandlingsforløb for borgere med kroniske sygdomme.

Boks 9.1 giver en oversigt over de emner, der behandles i dette kapitel, og de indikatorer, der er udvalgt til beskrivelse af emnerne.

Både emner og indikatorer præsenteres nærmere i de enkelte sektioner.

Boks 9.1

Kronisk sygdom og multisygdom – oversigt over indholdet i kapitel 9

SEKTION 1**FOREKOMST**

- 17 kroniske sygdomme
- Multisygdom

SEKTION 2**SUNDHEDSVANER**

- Dagligrygere
- Højrisikoforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

SEKTION 3**HELBRED OG LIVSKVALITET**

- Helbredsrelateret livskvalitet (opgjort ved SF-12)
- Nedsat arbejdsevne
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål
- Svær ensomhed
- Depression

SEKTION 4**KONTAKTEN MED SUNDHEDSVÆSENET**

- Borgere i behandling
- Behandlingsbyrde
- Svært ved at læse og forstå information om sundhed
- Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale

Udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen

Sundhedsvæsenet har igennem de seneste årtier været igennem en omstillingsproces fra først og fremmest at tage sig af akut episodisk behandling til at kunne yde en længerevarende, kontinuerlig indsats for personer med kroniske sygdomme (2).

I løbet af denne omstillingsproces er der kommet øget fokus på patientens udbytte af behandlingen, ikke blot i form af overlevelse og afhjælpning af akutte sundhedsproblemer, men også med hensyn til, hvordan patienten har det. Det har medført en øget opmærksomhed på, at behandling af sygdom også handler om at sikre så god en livskvalitet som muligt trods et liv med kronisk sygdom (1). Det ideelle mål for behandlingen er, at patienten bliver symptomfri, bevarer eller genvinder sin fysiske og mentale funktionsevne samt får en god trivsel og livskvalitet.

Det er en overordnet målsætning i dansk sundhedspolitik, at patienten skal være i centrum (3). Målsætningen skal ses i lyset af, at det i den kliniske hverdag ofte er selve sygdommen og behandlingen, der er i

centrum, og at det hele menneske glider i baggrunden, ikke mindst i den højt specialiserede del af sundhedsvæsenet.

Ønsket om øget patientcentrering afspejler sig blandt andet i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet fra 2016, der ud over kravet om et mere effektivt sundhedsvæsen har et stærkt patientfokus:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Udmøntningen af disse målsætninger sker blandt andet gennem sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Et vigtigt formål med sundhedsaftalerne er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de patientforløb, der går på tværs af region og kommuner, tilrettelægge differentierede indsatser, som svarer til borgernes behov og ressourcer, samt at understøt-

te, at sundhedspersonalet inddrager borgere og pårørende i beslutninger om egen sundhed og behandling.

Den højt specialiserede behandling af patienter med kroniske sygdomme har ført til bedre behandlingsresultater, men har samtidig skabt nogle udfordringer for både patient og sundhedsvæsen.

I det følgende nævnes nogle af de centrale udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen i Danmark og internationalt.

Populationsperspektivet er kommet i fokus. Tanken om, at sundhedsvæsenets arbejde med kronisk sygdom bør tilrettelægges ud fra behovet hos hele patientpopulationer, har vundet større og større udbredelse i de senere år både i sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne (2, 4-5). Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges sundhedsydelserne med udgangspunkt i sygdomsmønster, forekomsten af risikofaktorer for forværring af eksisterende sygdom og udvikling af ny sygdom samt den sociale og demografiske sammensætning af de befolkningsgrupper, der betjenes.

Formålet med den populationsbaserede tilgang er at mindske behovet for akutte og episodiske behandlinger gennem en mere systematisk og kontinuerlig indsats (2). Tilgangen er derfor særlig anvendelig i behandlingen af kronisk sygdom, idet systematisk viden om patientpopulationen blandt andet kan anvendes hos den praktiserende læge til at opspore diagnostiserede patienter, som ikke selv kontakter lægen, før de er akut syge (2). Populationsperspektivet kan dermed understøtte en mere forebyggende og proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side.

Stor behandlingsbyrde hos multisyge patienter. En patientgruppe, der er særligt udfordret, er personer med to eller flere samtidige kroniske sygdomme – dvs. personer, der er multisyge (4). En stor andel af de multisyge er hyppigt i kontakt med sundhedsvæsenet og risikerer at opleve usammenhængende og ukoordinerede behandlingsforløb som følge af siloopdelingen af den specialiserede del af sundhedsvæsenet (4, 6-7). Multisygdom kan derfor medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten, som f.eks. ofte skal koordinere mange aftaler, arrangere transport til og fra konsultationer, kommunikere med mange forskellige sundhedsprofessionelle samt foretage egen-

omsorgsopgaver (eksempelvis medicinering, hjemme-monitoreringer, livsstilsændringer mv.). Hvis patienten oplever, at behandlingsbyrden bliver for stor, kan det medføre en mangelfuld efterlevelse af behandlingen og dermed øge risikoen for forværring af tilstanden (8-9). Multisyge personer, hvis sygdomme går på tværs af faglige specialer, har desuden større risiko for at opleve bivirkninger og utilsigtede hændelser pga. mangelfuld koordinering af behandlingen (10).

Nye modeller for kronikerindsatsen. De negative konsekvenser ved usammenhængende behandlingsforløb har medført en øget interesse for afprøvning af nye modeller for behandling af borgere med kronisk sygdom og særligt patienter med multisygdom. Både nationalt og internationalt er der gjort erfaringer med modeller, der har til formål at gøre behandlingsforløbene mere sammenhængende, skånsomme og effektive for patienterne. Internationalt er der stor interesse for at arbejde med *integrated care* under forskellige former (11-14).

Af danske initiativer til bedre sammenhæng for de multisyge patienter kan blandt andet nævnes *Den patientansvarlige læge* (15) samt oprettelsen af *Klinik for Multisygdom* ved Regionshospitalet Silkeborg (16) og *Medicinsk Fælles Ambulatorium* på Holbæk Sygehus (17-18). Derudover er flere andre multisygdomsklinikker under planlægning og opstart rundt om i landet, ligesom der afprøves nye samarbejdsmodeller mellem almen praksis og hospitalsvæsenet.

Øget patientinddragelse. Borgere med kronisk sygdom har forskellige behov. Særligt hos borgere med multisygdom kan sygdomsbilledet variere fra det relativt simple til det meget komplekse, hvilket ofte kræver et individuelt tilpasset behandlingsforløb. De sociale forskelle i udbredelse og konsekvenser af kroniske sygdomme forstærker yderligere behovet for differentierede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers samlede livssituation (4). Øget inddragelse af patienterne er helt centralt for at sikre optimale behandlingsforløb for den enkelte borger. Det er erkendelsen bag det ændrede fokus fra en *sygdomsbaseret tilgang*, hvor fokus primært har været på den enkelte sygdom og behandlingen heraf, til en *patientcentreret tilgang* (4, 19-20). Formålet med den *patientcentrerede tilgang* er at tilpasse sundhedsydelserne til den enkelte patients behov under hensyntagen til patientens værdier, præferencer og ressourcer.

Planlægning af behandlingsforløbet skal derfor tage udgangspunkt i patientens samlede sygdomsbillede og aktuelle livssituation frem for at fokusere på det optimale forløb for hver specifik sygdom.

Patientrapporterede oplysninger (PRO). For at kunne tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov og understøtte den patientcentrerede tilgang er det relevant at indhente oplysninger om eksempelvis personens funktionsevne, symptomer og generelle helbredsstatus samt erfaringer med kontakten med sundhedsvæsenet. I forbindelse med behandling og rehabilitering indhentes denne type oplysninger i stigende grad fra patienten selv under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger (PRO)* som et supplement til kliniske data (21-22). PRO omfatter alle oplysninger om patientens helbredstilstand, sundhedsvaner og erfaringer med sundhedsvæsenet, der kommer direkte fra patienten selv, uden at svarene først er fortolket af sundhedspersonalet eller andre (23).

PRO kan desuden anvendes til at monitorere effekten og kvaliteten af behandlingen for en hel patientpopulation, herunder at give indblik i sygdoms- og behandlingsforløb og forbedre sektorovergange. En stor del af de resultater, der præsenteres i nærværende kapitel, bygger på spørgsmål, der også bruges ved indsamling af patientrapporterede oplysninger i klinikken, ved rehabilitering og i patientuddannelsesforløb mv. Kapitlet beskriver, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt, samt hvordan personer i behandling oplever kommunikationen med sundhedspersonalet, og hvor meget det kræver af dem at følge deres behandling. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom. Oplysningerne kan således bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles og anvendes blandt andet som effektmål i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi.

SEKTION 1: FOREKOMSTEN AF KRONISKE SYGDOMME OG MULTISYGDOM

I denne sektion beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland og i de 19 kommuner i regionen.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om forekomsten af 17 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de er årsag til mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktions- evne hos store grupper af borgere (se figur 9.1).

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fire kroniske sygdomme: hjerte-kar-sygdom, diabetes, kræft og kroniske luftvejssygdomme (24). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mest sygdom og død.

De fire sygdomme skønnes at være årsag til over 60 % af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark forårsager de knap 70 % af alle dødsfald (25).

I Danmark har de nationale sundhedsmyndigheder i de senere år ligeledes taget en række initiativer til at styrke indsatsen i forhold til de sygdomme, der medfører flest dødsfald i den danske befolkning, blandt andet i form af kræftplaner og pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter.

Man har samtidig ønsket at styrke indsatsen i forhold til ikke-livstruende sygdomme som astma og allergi, muskel-skelet-sygdomme, knogleskørhed og psykiske lidelser, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse. Her drejer det sig om at fremme livskvalitet og funktions- evne.

Det har således været en målsætning i dansk sund- hedspolitik både at mindske sygdomsbyrden af kroni- ske sygdomme, der forkorter livet, og ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten og funktionsevnen (26).

I tråd hermed indeholder *Hvordan har du det?* både oplysninger om, hvad man kan betegne som potentielt livstruende, og om ikke-livstruende kroniske sygdomme. Af undersøgelsens 17 kroniske sygdomme kan 7 betegnes som potentielt livstruende og 10 som ikke-livstruende.

Det skal understreges, at potentielt livstruende ikke nødvendigvis er lig med aktuelt livstruende sygdom. Dødelighedsrisikoen hos velbehandlede patienter med forhøjet blodtryk eller diabetes er f.eks. næppe meget højere end hos raske.

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdom- me og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. F.eks. er kræft den hyppigste dødsårs- sag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (27).

Omvendt er psykiske lidelser i sig selv ikke nogen væsentlig dødsårsag, men de er forbundet med en stærkt forøget selvmordsrisiko, ligesom der blandt psykiatriske patienter er en stor overdødelighed som følge af en række somatiske sygdomme (28). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (29), ligesom knoglebrud som følge af knogleskørhed kan være livstruende.

Opdelingen er imidlertid relevant, når man skal priori- tere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Et centralt spørgsmål er, hvordan man skal vægte indsatsen i forhold til sygdomme, der er skyld i mange dødsfald, sat over for ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

Det er vanskeligt at sammenligne belastningen af for- skellige sygdomme, hvis man skal tage højde for både sygelighed og dødelighed. I WHO's projekt *Global Bur- den of Disease* har man siden 1990 undersøgt, hvor meget sygdomme og ulykker bidrager til den samlede sygdomsbyrde i en række lande, ved hjælp af begre- bet tabte sygdomsjusterede leveår (disability adjusted life years, DALY) (30).

Figur 9.1De 17 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det? 2017*

Potentielt livstruende kroniske sygdomme	
Hjerte-kar-sygdomme	Forhøjet blodtryk Hjertekrampe Blodprop i hjertet Hjerneblødning, blodprop i hjernen
Stofskiftesygdomme	Diabetes
Svulster	Kræft
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (KOL)
Ikke-livstruende kroniske sygdomme	
Luftvejssygdomme	Astma
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)
Muskel-skelet-sygdomme	Slidgigt Leddegigt Knogleskørhed Diskusprolaps, andre rygsygdomme
Psykiske lidelser	Psykiske lidelser
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne, hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær

Tabte sygdomsjusterede leveår kombinerer effekten af dødelighed og funktionsnedsættelse af en sygdom i et enkelt tal, som udtrykker, hvor meget den pågældende sygdom øger sygdomsbelastningen i befolkningen.

I Danmark var de 10 sygdomme, som forårsagede flest tabte sygdomsjusterede leveår i 2016 – nævnt i aftagende rækkefølge – lænderygsmarter (diskusprolaps og andre ryglidelser), iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), lungekræft, hjerneblødning/blodprop i hjernen, kronisk obstruktiv lungesygdom, hudsygdomme, migræne, Alzheimers sygdom, diabetes og sygdomme i sanseorganerne (31).

Resultaterne understreger, at både potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme bidrager væ-

sentligt til den samlede sygdomsbyrde i den danske befolkning.

Lavere dødelighed og flere år med god livskvalitet og funktionsevne kan til dels opnås med de samme midler. Det gælder især på forebyggelsesområdet, idet flere af de kroniske sygdomme har fælles risikofaktorer. En indsats i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost vil derfor have en forebyggende effekt i forhold til mange sygdomme (32).

Når det drejer sig om opsporing, behandling og rehabilitering, er det derimod nødvendigt at vælge, hvilke kroniske sygdomme man især ønsker at gøre en indsats for. I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer for type 2-diabetes, kronisk obstruk-

tiv lungesygdom (herefter benævnt KOL), hjertesygdom, lænderygmerter og depression (33). Regionen har således på linje med de nationale sundhedsmyndigheder valgt at styrke indsatsen for både potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Sådan har vi spurgt om kronisk sygdom

Rapporteringen af de 17 sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler dermed deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver af de 17 sygdomme er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen.

Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen eller ikke har eftervirkninger af den, og personer, der har sygdommen eller har eftervirkninger af den. Det skyldes, at det ved nogle sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommen og eftervirkninger heraf (det gælder f.eks. hjerte-kar-sygdomme). Desuden er det relevant at vide, hvor mange der er præget af en bestemt sygdom, hvad enten det drejer sig om aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdommen.

En undersøgelse fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, der sammenholder forekomst af sygdom opgjort ved hjælp af spørgeskemaer og sundhedsvæsenets registre, viser en betydelig uoverensstemmelse mellem de to opgørelsesmetoder, og at graden af overensstemmelse er forskellig fra sygdom til sygdom (34). En del af forklaringen på denne forskel er, at registrene ikke indeholder oplysninger om sygdomme, der udelukkende behandles i almen praksis. Der kan desuden være tale om, at personer afgiver forkerte eller mangelfulde svar i spørgeskemaer, ligesom der kan være misklassifikation i registeropgørelser. Analyserne tyder overordnet på, at de borgere, som identificeres via registre, er mere syge end gruppen, som identificeres via spørgeskemaer.

En spørgeskemaundersøgelse kan give et andet billede af forekomsten af kronisk sygdom i befolkningen, herunder hvor der især er behov for forebyggelse (særligt sekundær forebyggelse). Man får her identificeret en større gruppe af borgere, blandt andet de borgere, som udelukkende behandles i almen praksis, eller som har eftervirkninger af sygdommen.

Opgørelsen af multisygge påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme der tælles med, og om der benyttes selvrapporterede data eller registerdata. Forekomsten af multisygdom i en given befolkning vil derfor ofte variere fra undersøgelse til undersøgelse på grund af forskelle i datakilder og opgørelsesmetoder (35).

I dette kapitel beregnes multisygdom ved at tælle antallet af kroniske sygdomme ud af de 17 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, for hver person.

I det følgende beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i region og kommuner. Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom analyseres desuden i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland

Figur 9.2 viser forekomsten af de 17 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom/multisygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har et befolkningstal på ca. 1.064.000 i alderen 16 år og derover.

Nederst i figuren under 'Antallet af kroniske sygdomme' kan man se, hvor stor en del af befolkningen der har henholdsvis ingen, én eller flere af de 17 kroniske sygdomme. Desuden vises andelen med multisygdom (to eller flere sygdomme).

I kolonnen 'Heraf multisyge' vises, hvor stor en andel af personerne med den enkelte sygdom der er multisyge – dvs. hvor stor en andel af personerne med sygdommen, der ud over den pågældende sygdom også har én eller flere andre sygdomme.

De enkelte kroniske sygdomme

Af de 17 kroniske sygdomme er de hyppigst forekommende allergi og slidgigt, som optræder hos hver femte borger på 16 år og derover i Region Midtjylland. Det svarer til 204.000 personer med allergi og 199.000 personer med slidgigt. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som ses hos 18 % af befolkningen (svarende til 177.000 personer), og migræne eller hyppig hovedpine, der ses hos 15 % (svarende til 150.000 personer). Generelt dominerer de ikke-livstruende sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør otte ud af de ni hyppigst forekommende sygdomme.

Blandt de ikke-livstruende sygdomme fylder muskel-skelet-sygdomme meget.

- 20 % har slidgigt, svarende til 199.000 personer
- 13 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til 135.000 personer
- 6 % har leddegigt, svarende til 60.000 personer
- 4 % har knogleskørhed, svarende til 41.000 personer

Hver femte borger (20 %) har én af de fire muskel-skelet-sygdomme, mens hver tiende borger (10 %) har

to eller flere af dem (ikke vist). Alt i alt betyder det, at 30 % af befolkningen har mindst én muskel-skelet-sygdom (svarende til 303.000 personer).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 15 % har migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 150.000 personer
- 13 % har tinnitus, svarende til 131.000 personer
- 4 % har grå stær, svarende til 43.000 personer

Sammenholdt med muskel-skelet-sygdomme er der en lavere samtidig forekomst af sygdommene i nervesystem og sanseorganer. Det betyder, at 24 % har én af de tre sygdomme, mens 4 % har to eller alle tre (ikke vist). Dermed har i alt 28 % af befolkningen mindst én af sygdommene i nervesystem og sanseorganer (svarende til 283.000 personer).

Blandt de potentielt livstruende kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste. Forhøjet blodtryk er i sig selv ikke en vigtig dødsårsag, men det er den største risikofaktor for hjerneblødning/blodprop i hjernen og en væsentlig risikofaktor for blodprop i hjertet. Det ses af figur 9.2, at der er stor forskel på forekomsten af forhøjet blodtryk i forhold til de andre hjerte-kar-sygdomme.

- 18 % har forhøjet blodtryk, svarende til 177.000 personer
- 2,1 % lider af hjertekrampe, svarende til 21.000 personer
- 1,8 % lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til 18.000 personer
- 1,2 % lider af blodprop i hjertet, svarende til 12.000 personer

I alt lider hver femte borger af mindst én af de fire hjerte-kar-sygdomme (ikke vist). Der er 17 % af borgerne, som lider af én af sygdommene (forhøjet blodtryk i 90 % af tilfældene), mens 2,4 % af borgerne lider af to eller flere.

Psykiske lidelser optræder hos 12 % af befolkningen, svarende til 124.000 personer.

En ud af ti borgere i Region Midtjylland lever med mindst én luftvejssygdom, svarende til 99.000 personer (ikke vist).

- 7 % har astma, svarende til 70.000 personer
- 4 % har KOL, svarende til 44.000 personer

Der er godt 8 % af befolkningen, som har én af de to luftvejssygdomme, mens 1,5 % har dem begge (ikke vist).

Diabetes optræder hos 5 % af regionens borgere, svarende til 53.000 personer. Der er i undersøgelsen ikke sondret mellem type 1- og type 2-diabetes. Det vides fra andre undersøgelser, at ca. 90 % af diabetespatienterne har type 2-diabetes (36).

Der er 3 % af borgerne, som lever med eller har eftervirkninger af kræft. Det svarer til 30.000 personer. For godt halvdelen er der tale om eftervirkninger (54 %) (ikke vist).

Antallet af kroniske sygdomme og forekomsten af multisygdom

Af figur 9.2 fremgår det endvidere, at knap hver tredje borger i Region Midtjylland (svarende til 317.000 personer) ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, mens de resterende to tredjedele har én eller flere sygdomme. Der er 28 %, som har én kronisk sygdom, 29 % har to til tre kroniske sygdomme, og de resterende 11 % har fire eller flere kroniske sygdomme. I alt er to ud af fem borgere (40 %) multisyge, svarende til 400.000 personer.

Multisygdom blandt de enkelte sygdomsgrupper

Af kolonnen 'Heraf multisyge' i figur 9.2 fremgår det, at andelen af de kronisk syge, der er multisyge, varierer fra 67 % blandt personer med allergi til 94 % blandt personer med hjertekrampe eller blodprop i hjertet.

Det ses således, at en meget stor andel af personerne med kronisk sygdom har mere end én sygdom; for alle sygdomsgrupper – bortset fra allergi – er det mere end tre ud af fire personer, der er multisyge, og for syv af sygdomsgrupperne er det ni ud af ti personer eller flere.

De syv sidstnævnte grupper omfatter personer med hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen, personer med muskel-skelet-sygdommene leddegigt og knogleskørhed samt personer med KOL og grå stær.

Uddybende analyser viser, at de samme syv grupper er dem, der har de største andele med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme, varierende fra 49 % blandt personer med knogleskørhed til 66 % blandt personer med hjertekrampe (ikke vist). Til sammenligning ses den laveste andel med fire eller flere kroniske sygdomme på 21 % blandt personer med allergi.

► **Udvikling fra 2010-2017. Kroniske sygdomme.** Der er en signifikant stigning i forekomsten af 12 ud af de 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden fra 2010 til 2017 (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). De fire kroniske sygdomme, hvor der ikke er nogen signifikant ændring, er: hjertekrampe, blodprop i hjertet, KOL og astma. Se [figur 9.1.S i bind 2](#).






















Multisygdom. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 40 %. Der er en stigning både for personer med to til tre kroniske sygdomme og for personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Samtidig ses et fald fra 35 % til 32 % i andelen, der ikke har en kronisk sygdom, samt et fald i andelen med kun én kronisk sygdom fra 29 % til 28 %. Se [figur 9.21.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?* 2017. De seks sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant ændring, er: forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og grå stær. Se [figur 9.1.S i bind 2](#).

Multisygdom. I perioden fra 2013 til 2017 ses også en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 40 % samt et fald i andelen, der ikke har en kronisk sygdom, fra 35 % til 32 %. Se [figur 9.21.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.2

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

Kroniske sygdomme	Heraf multisyge		Antal personer i Region Midtjylland
	Pct.	Pct.	
Hjerte-kar			
Førhøjet blodtryk	18 	82	177.000
Hjertekrampe	2,1 	94	21.000
Blodprop i hjertet	1,2 	94	12.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8 	90	18.000
Diabetes			
	5 	88	53.000
Kræft			
	3 	85	30.000
Luftveje			
KOL	4 	92	44.000
Astma	7 	88	70.000
Allergi			
	20 	67	204.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20 	86	199.000
Leddegigt	6 	93	60.000
Knogleskørhed	4 	90	41.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13 	84	135.000
Psykiske lidelser			
	12 	77	124.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15 	77	150.000
Tinnitus	13 	76	131.000
Grå stær	4 	91	43.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme	32 		317.000
En sygdom	28 		283.000
To-tre sygdomme	29 		290.000
Fire+ sygdomme	11 		109.000
	Multisygdom	40 %	

Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom i kommunerne

Figur 9.3-9.21 viser sygdomsprofilerne for de enkelte kommuner i Region Midtjylland. Hver kommunes profil indeholder de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017*. For hver kronisk sygdom er det angivet i procent, hvor stor en andel af kommunens befolkning der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Det er ligeledes angivet, hvor mange af kommunens borgere det drejer sig om.

Der er stor forskel på, hvor meget den enkelte kommunes sygdomsprofil afviger fra den generelle sygdomsprofil i regionen. I adskillige kommuner ligner sygdomsprofilen overordnet set regionens profil. Kommunerne varierer mellem kun at afvige fra regionen ved én enkelt kronisk sygdom i Favrskov, Silkeborg og Viborg, til at afvige fra regionen ved 14 kroniske sygdomme i Aarhus, 10 i Struer og 9 i Lemvig.

Derudover er der stor forskel på, om den enkelte kommune generelt har en større forekomst af de enkelte sygdomme eller en lavere forekomst. Eksempelvis ses en betydelig lavere sygdomsforekomst i Aarhus Kommune end i hele Region Midtjylland målt på andelen med kronisk sygdom, idet forekomsten er lavere ved 12 ud af de 14 signifikant afvigende sygdomme. Samtidig ses det, at Aarhus har en signifikant mindre andel af borgere med multisygdom og en større andel af borgere med ingen eller én kronisk sygdom end i hele Region Midtjylland. De to sygdomme, hvor forekomsten er større i Aarhus end i regionen generelt, er allergi og psykiske lidelser.

Modsat er der en betydelig større sygdomsforekomst i Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer, som alle har en signifikant større andel med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og slidgigt end i hele Region Midtjylland. Derudover ses en større forekomst af tinnitus og grå stær i tre af kommunerne end i regionen generelt samt andre sygdomme, der er hyppigere forekommende i den enkelte kommune end i hele regionen. Fælles for de fire kommuner er endvidere en større andel af borgere med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme end i hele Region Midtjylland. Samsø hører ligeledes til gruppen af kommuner med en betydelig større sygdomsforekomst end i regionen generelt. Her ses større andele ved både diabetes, kræft, KOL, slidgigt, tinnitus og grå stær samt en større forekomst af multisygdom end i hele regionen.

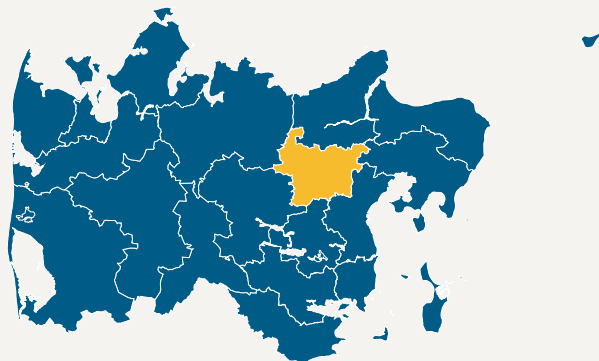
► **Udvikling fra 2010-2017. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af en eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner, undtagen Horsens, hvor der ikke ses nogen udvikling. Ikast-Brande er den kommune, hvor der er sket flest signifikante stigninger i sygdomsforekomst, med en større andel af 7 ud af de 16 sammenlignelige sygdomme fra 2010 til 2017. Kun i Odder og Silkeborg Kommune ses et fald i forekomsten af en enkelt kronisk sygdom. Ud af de 16 sygdomme er det kun andelen med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma, der ikke har ændret sig på kommunalt niveau. Tinnitus er den sygdom, hvor forekomsten er steget i flest kommuner, idet den er steget i alle kommuner, undtagen Horsens, Silkeborg og Viborg Kommune. Se [figur 9.2.S-9.20.S i bind 2](#).

Multisygdom. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen med multisygdom steget i alle kommuner, undtagen Syddjurs, Randers og Aarhus. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er steget i Norddjurs, Herning, Struer, Skive, Odder, Hedensted og Ringkøbing-Skjern Kommune. Se [figur 9.24.S-9.25.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2017 er forekomsten af en eller flere kroniske sygdomme steget i alle 19 kommuner. Det varierer mellem, at der i Ringkøbing-Skjern, Samsø og Skanderborg Kommune ses en signifikant større andel af én kronisk sygdom i 2017 end i 2013, og til at der i Favrskov, Herning og Odder Kommune ses en større andel af 5 ud af de 17 kroniske sygdomme i 2017 sammenholdt med 2013. Der er ikke nogen tilfælde, hvor forekomsten af en sygdom er faldet. Der er fire sygdomme, hvor der ikke er sket en stigning i den kommunale forekomst. Det drejer sig om blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner). Se [figur 9.2.S-9.20.S i bind 2](#).

Multisygdom. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen med multisygdom i alle kommuner, undtagen Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Samsø, Syddjurs og Randers. I samme periode er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i Norddjurs, Herning, Struer, Holstebro, Favrskov, Ikast-Brande, Silkeborg og Lemvig Kommune. Se [figur 9.24.S-9.25.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.3

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Favrskov Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


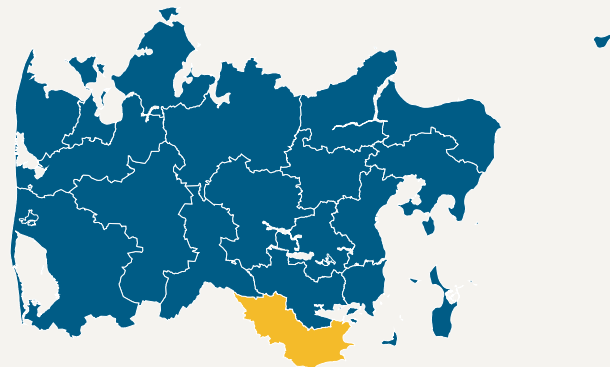
Favrskov

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	6.300
Hjertekrampe	1,3	400
Blodprop i hjertet	0,6	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	500
Diabetes		
	5	1.800
Kræft		
	2,3	800
Luftveje		
KOL	4	1.400
Astma	7	2.400
Allergi		
	22	7.700
Muskel-skelet		
Slidgigt	18	6.500
Leddegigt	6	2.200
Knogleskørhed	5	1.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	5.000
Psykiske lidelser		
	11	4.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.400
Tinnitus	14	4.900
Grå stær	4	1.300
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	11.000
En sygdom	28	10.000
To-tre sygdomme	29	10.000
Fire+ sygdomme	11	3.800

■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.4

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Hedensted Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



Hedensted

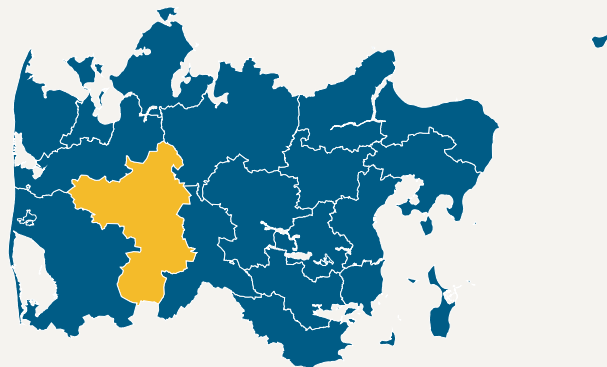
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	6.900
Hjertekrampe	2,1	700
Blodprop i hjertet	1,1	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	500
Diabetes		
	4	1.500
Kræft		
	4	1.400
Luftveje		
KOL	5	1.600
Astma	7	2.500
Allergi		
	18	6.300
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	7.700
Leddegigt	7	2.400
Knogleskørhed	3	1.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16	5.700
Psykiske lidelser		
	11	4.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	5.700
Tinnitus	15	5.100
Grå stær	4	1.500
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	11.000
En sygdom	26	8.900
To-tre sygdomme	31	11.000
Fire+ sygdomme	12	4.200

Multisygdom

43 %

- Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.5

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Herning Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


Herning

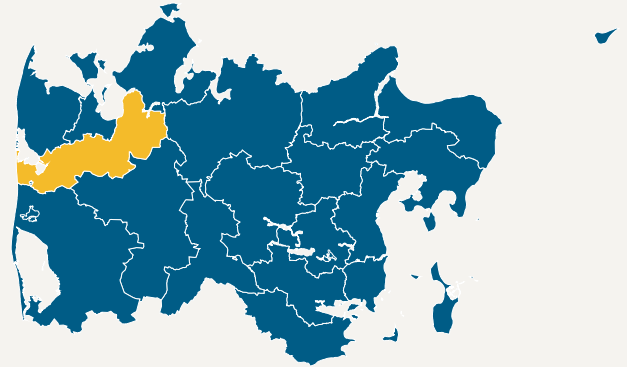
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	13.000
Hjertekrampe	2,4	1.600
Blodprop i hjertet	0,8	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	800
Diabetes		
	6	4.000
Kræft		
	2,8	1.900
Luftveje		
KOL	5	3.400
Astma	7	4.400
Allergi		
	21	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	15.000
Leddegigt	6	4.100
Knogleskørhed	4	2.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.200
Psykiske lidelser		
	13	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	18	12.000
Tinnitus	15	10.000
Grå stær	5	3.100
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	20.000
En sygdom	28	19.000
To-tre sygdomme	30	20.000
Fire+ sygdomme	13	8.500

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 43 %

Figur 9.6

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Holstebro Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



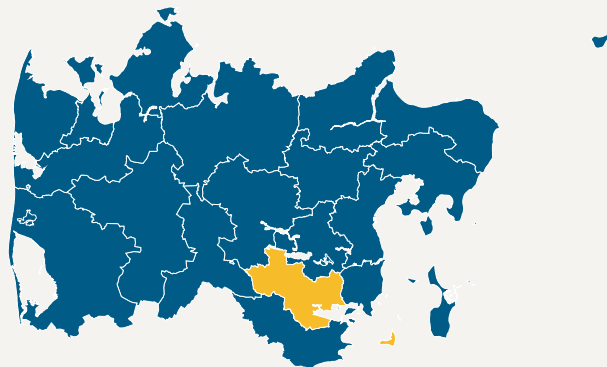
Holstebro

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	8.900
Hjertekrampe	2,3	1.000
Blodprop i hjertet	1,4	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	800
Diabetes		
	5	2.200
Kræft		
	4	1.700
Luftveje		
KOL	4	1.700
Astma	7	2.900
Allergi		
	19	8.500
Muskel-skelet		
Slidgigt	21	9.500
Leddegigt	5	2.300
Knogleskørhed	4	1.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	5.600
Psykiske lidelser		
	12	5.100
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	6.700
Tinnitus	14	6.200
Grå stær	5	2.300
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	26	12.000
To-tre sygdomme	32	14.000
Fire+ sygdomme	11	4.800

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 43 %

Figur 9.7

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Horsens Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


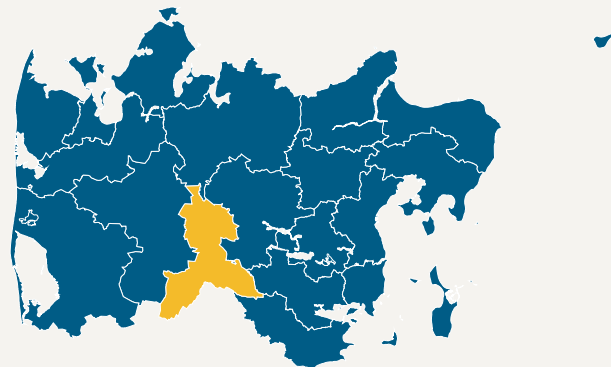
Horsens

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	13.000
Hjertekrampe	2,4	1.600
Blodprop i hjertet	1,3	900
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.400
Diabetes		
	7	4.700
Kræft		
	3	2.000
Luftveje		
KOL	5	3.500
Astma	7	4.700
Allergi		
	21	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	13.000
Leddegigt	6	4.000
Knogleskørhed	4	2.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.400
Psykiske lidelser		
	13	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	18	12.000
Tinnitus	13	8.700
Grå stær	4	2.900
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	21.000
En sygdom	26	18.000
To-tre sygdomme	30	20.000
Fire+ sygdomme	12	8.400

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.8

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Ikast-Brande Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



Ikast-Brande

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	6.800
Hjertekrampe	2,1	700
Blodprop i hjertet	1,6	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,9	600
Diabetes		
	6	2.000
Kræft		
	4	1.100
Luftveje		
KOL	5	1.500
Astma	6	2.000
Allergi		
	16	4.900
Muskel-skelet		
Slidgigt	22	6.700
Leddegigt	7	2.300
Knogleskørhed	5	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	4.200
Psykiske lidelser		
	11	3.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	4.600
Tinnitus	14	4.400
Grå stær	5	1.600
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	34	10.000
En sygdom	24	7.300
To-tre sygdomme	30	9.300
Fire+ sygdomme	12	3.800

- Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.9

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Lemvig Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


Lemvig

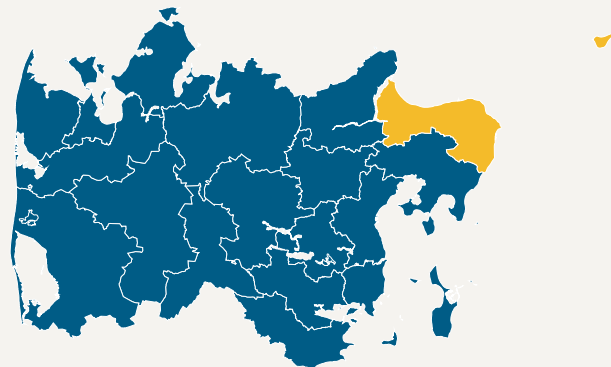
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	3.600
Hjertekrampe	2,4	400
Blodprop i hjertet	1,8	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	300
Diabetes		
	7	1.200
Kræft		
	2,8	500
Luftveje		
KOL	5	900
Astma	7	1.100
Allergi		
	16	2.600
Muskel-skelet		
Slidgigt	25	4.100
Leddegigt	6	900
Knogleskørhed	4	600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	2.400
Psykiske lidelser		
	10	1.600
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	2.600
Tinnitus	15	2.500
Grå stær	6	900
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	4.800
En sygdom	27	4.300
To-tre sygdomme	31	5.000
Fire+ sygdomme	13	2.100

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 44 %

Figur 9.10

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Norddjurs Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)

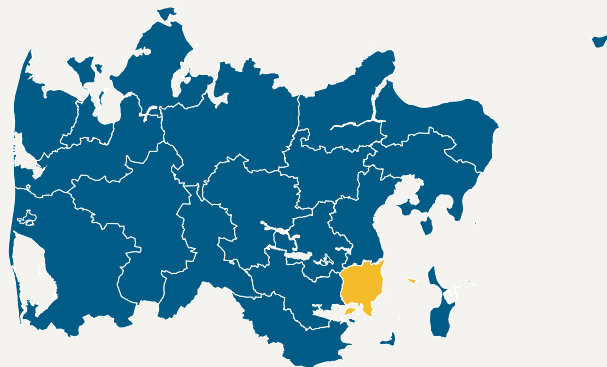


Norddjurs






















Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	6.000
Hjertekrampe	2,4	700
Blodprop i hjertet	1,7	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,0	600
Diabetes		
	6	1.700
Kræft		
	3	900
Luftveje		
KOL	5	1.600
Astma	7	2.100
Allergi		
	17	5.200
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	7.200
Leddegigt	8	2.400
Knogleskørhed	5	1.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	4.200
Psykiske lidelser		
	13	3.900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	4.200
Tinnitus	17	5.000
Grå stær	6	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	28	8.400
En sygdom	28	8.500
To-tre sygdomme	30	9.000
Fire+ sygdomme	14	4.000

- Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.11


 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Odder Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Odder


Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20 	3.300
Hjertekrampe	1,3 	200
Blodprop i hjertet	1,0 	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7 	300
Diabetes		
	7 	1.100
Kræft		
	3 	600
Luftveje		
KOL	4 	700
Astma	7 	1.200
Allergi		
	20 	3.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	21 	3.600
Leddegigt	6 	900
Knogleskørhed	4 	700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13 	2.200
Psykiske lidelser		
	13 	2.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16 	2.700
Tinnitus	14 	2.300
Grå stær	5 	800
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29 	4.900
En sygdom	28 	4.800
To-tre sygdomme	31 	5.300
Fire+ sygdomme	11 	1.900

Multisygdom

42 %

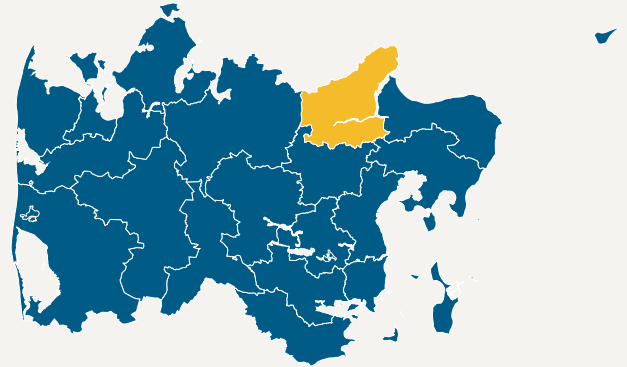
 Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland

 Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland

 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.12

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Randers Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



Randers

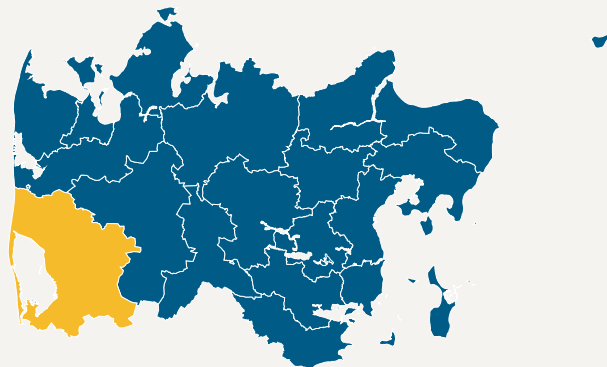
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	14.000
Hjertekrampe	2,1	1.600
Blodprop i hjertet	0,9	700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.600
Diabetes		
	4	3.200
Kræft		
	2,4	1.900
Luftveje		
KOL	5	3.600
Astma	8	6.000
Allergi		
	18	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	15.000
Leddegigt	7	5.200
Knogleskørhed	5	3.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16	12.000
Psykiske lidelser		
	12	9.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	12.000
Tinnitus	15	11.000
Grå stær	5	3.500
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	22.000
En sygdom	31	23.000
To-tre sygdomme	29	22.000
Fire+ sygdomme	11	8.600

Multisygdom 40 %

Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.13

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Ringkøbing-Skjern Kommune (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Ringkøbing-Skjern

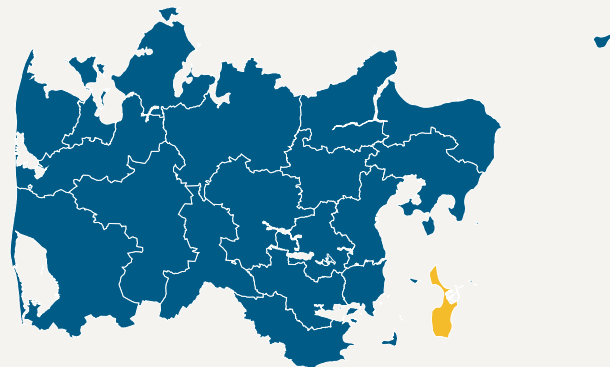
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	8.500
Hjertekrampe	2,5	1.100
Blodprop i hjertet	1,6	700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,9	800
Diabetes		
	5	2.200
Kræft		
	4	1.600
Luftveje		
KOL	6	2.500
Astma	6	2.800
Allergi		
	17	7.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	23	10.000
Leddegigt	7	2.900
Knogleskørhed	4	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	6.600
Psykiske lidelser		
	10	4.500
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	6.400
Tinnitus	14	6.100
Grå stær	5	2.200
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	27	12.000
To-tre sygdomme	30	13.000
Fire+ sygdomme	11	5.000

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 41 %

Figur 9.14

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Samsø Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



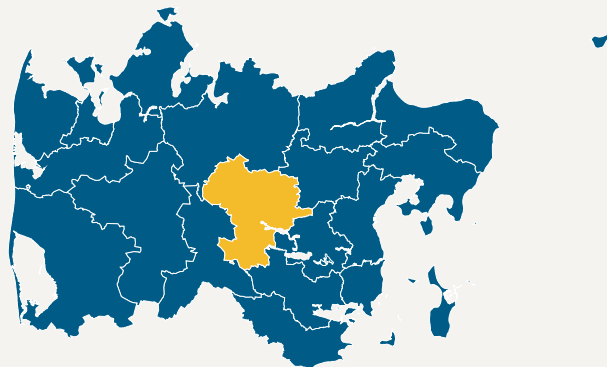
Samsø

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20	600
Hjertekrampe	1,7	50
Blodprop i hjertet	1,9	60
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	50
Diabetes		
	7	200
Kræft		
	4	100
Luftveje		
KOL	6	200
Astma	6	200
Allergi		
	16	500
Muskel-skelet		
Slidgigt	28	900
Leddegigt	8	200
Knogleskørhed	5	100
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	400
Psykiske lidelser		
	9	300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	13	400
Tinnitus	18	500
Grå stær	6	200
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	900
En sygdom	26	800
To-tre sygdomme	33	1.000
Fire+ sygdomme	13	400

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 46 %

Figur 9.15

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Silkeborg Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


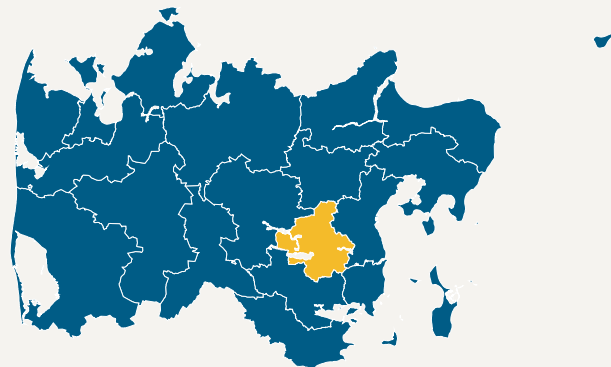
Silkeborg

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	13.000
Hjertekrampe	1,8	1.300
Blodprop i hjertet	1,7	1.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	1.100
Diabetes		
	7	4.700
Kræft		
	4	2.500
Luftveje		
KOL	4	2.500
Astma	7	4.800
Allergi		
	21	15.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20	14.000
Leddegigt	6	4.200
Knogleskørhed	4	2.800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	9.800
Psykiske lidelser		
	13	8.900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	11.000
Tinnitus	12	8.600
Grå stær	4	3.000
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	31	22.000
En sygdom	29	20.000
To-tre sygdomme	28	20.000
Fire+ sygdomme	12	8.200

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.16

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Skanderborg Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



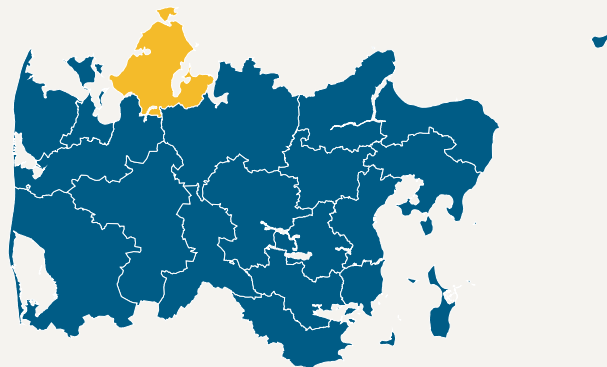
Skanderborg

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	7.900
Hjertekrampe	2,0	900
Blodprop i hjertet	1,1	500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1	500
Diabetes		
	5	2.400
Kræft		
	2,4	1.100
Luftveje		
KOL	4	1.700
Astma	7	2.900
Allergi		
	20	9.100
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	8.400
Leddegigt	6	2.600
Knogleskørhed	3	1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	5.600
Psykiske lidelser		
	12	5.300
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	6.100
Tinnitus	13	5.800
Grå stær	3	1.400
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	14.000
En sygdom	29	13.000
To-tre sygdomme	31	14.000
Fire+ sygdomme	9	3.800

■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom 40 %

Figur 9.17

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Skive Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


Skive

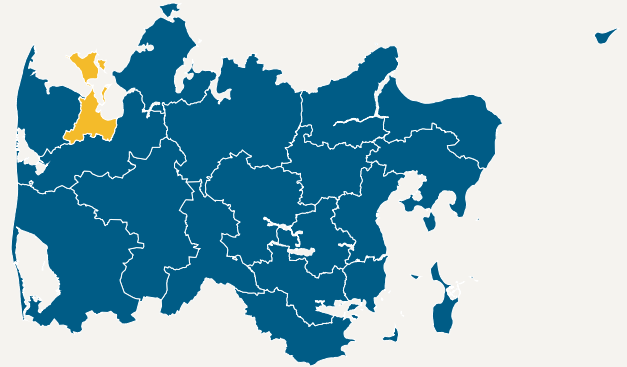
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	21	7.800
Hjertekrampe	3	1.200
Blodprop i hjertet	2,1	800
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,2	800
Diabetes		
	6	2.400
Kræft		
	3	1.300
Luftveje		
KOL	5	2.000
Astma	7	2.700
Allergi		
	19	6.800
Muskel-skelet		
Slidgigt	23	8.500
Leddegigt	8	2.900
Knogleskørhed	5	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15	5.500
Psykiske lidelser		
	13	4.800
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.600
Tinnitus	14	5.300
Grå stær	5	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	28	10.000
En sygdom	28	10.000
To-tre sygdomme	31	11.000
Fire+ sygdomme	13	4.900

■ Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Multisygdom: 44%

Figur 9.18

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Struer Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



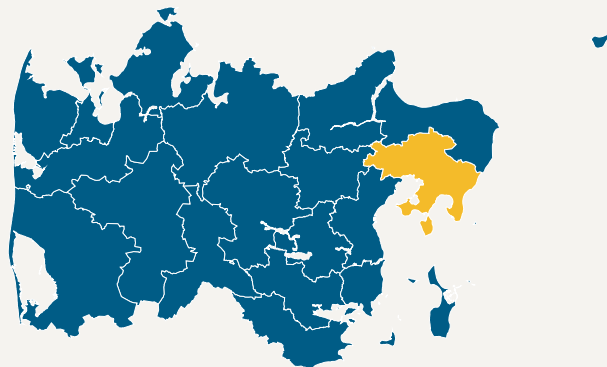
Struer

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	3.800
Hjertekrampe	2,4	400
Blodprop i hjertet	1,9	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,6	400
Diabetes		
	6	1.000
Kræft		
	5	800
Luftveje		
KOL	6	1.000
Astma	8	1.300
Allergi		
	19	3.200
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	4.000
Leddegigt	6	1.100
Knogleskørhed	5	900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12	2.100
Psykiske lidelser		
	10	1.700
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	2.400
Tinnitus	16	2.700
Grå stær	6	1.000
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29	4.800
En sygdom	25	4.200
To-tre sygdomme	33	5.500
Fire+ sygdomme	13	2.200




















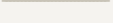

Multisygdom 46 %

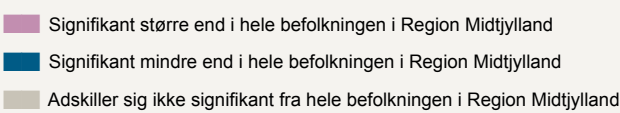
Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.19

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Syddjurs Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


Syddjurs

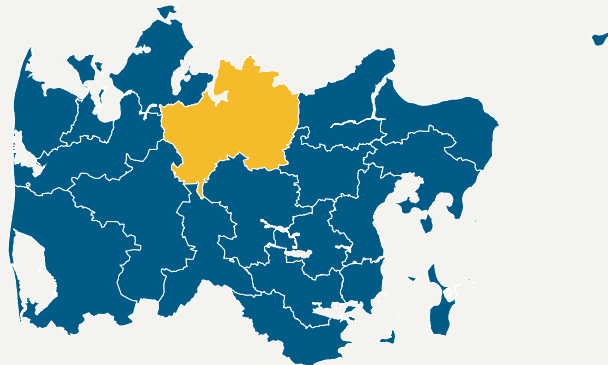
Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20 	6.500
Hjertekrampe	1,9 	600
Blodprop i hjertet	1,3 	400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,4 	800
Diabetes		
	5 	1.700
Kræft		
	3 	1.100
Luftveje		
KOL	5 	1.500
Astma	7 	2.300
Allergi		
	17 	5.700
Muskel-skelet		
Slidgigt	24 	8.000
Leddegigt	7 	2.400
Knogleskørhed	4 	1.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14 	4.600
Psykiske lidelser		
	11 	3.700
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14 	4.700
Tinnitus	14 	4.600
Grå stær	5 	1.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	29 	9.600
En sygdom	29 	9.500
To-tre sygdomme	30 	9.900
Fire+ sygdomme	12 	3.800



- Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.20

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Viborg Kommune
(aktuel sygdom og eftervirkninger)



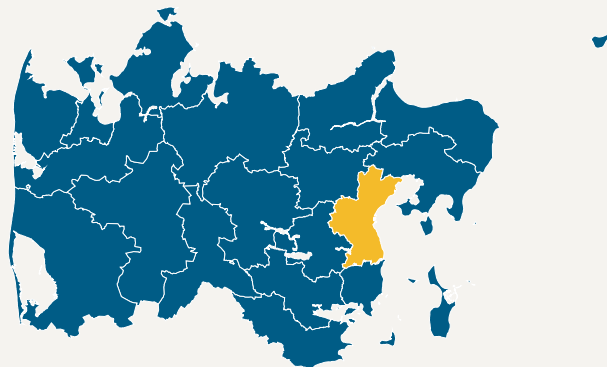
Viborg

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	14.000
Hjertekrampe	2,9	2.100
Blodprop i hjertet	1,5	1.100
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1	1.500
Diabetes		
	5	3.700
Kræft		
	3	2.400
Luftveje		
KOL	5	3.700
Astma	7	4.900
Allergi		
	19	14.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	14.000
Leddegigt	6	4.600
Knogleskørhed	5	3.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	9.200
Psykiske lidelser		
	13	9.400
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	16	12.000
Tinnitus	13	9.300
Grå stær	4	2.700
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	32	23.000
En sygdom	27	20.000
To-tre sygdomme	30	22.000
Fire+ sygdomme	11	7.800






















Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

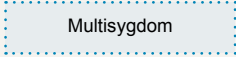
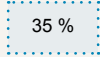
Multisygdom: 41%




Figur 9.21

 Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Aarhus Kommune
 (aktuel sygdom og eftervirkninger)


Aarhus

Kroniske sygdomme	Pct.	Antal personer i kommunen
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	13 	33.000
Hjertekrampe	1,6 	4.100
Blodprop i hjertet	0,9 	2.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5 	4.000
Diabetes		
	4 	11.000
Kræft		
	2,3 	5.900
Luftveje		
KOL	3 	9.100
Astma	7 	19.000
Allergi		
	24 	62.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	17 	43.000
Leddegigt	5 	13.000
Knogleskørhed	4 	10.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12 	31.000
Psykiske lidelser		
	13 	34.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	13 	35.000
Tinnitus	11 	27.000
Grå stær	4 	9.100
Antallet af kroniske sygdomme		
Ingen af de 17 sygdomme	35 	91.000
En sygdom	30 	79.000
To-tre sygdomme	26 	67.000
Fire+ sygdomme	9 	23.000

 Multisygdom
  35 %

 Signifikant større end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Signifikant mindre end i hele befolkningen i Region Midtjylland
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Figur 9.22

Kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn, alder og sociale forhold

	Potentielt livstruende kroniske sygdomme							Ikke-livstruende kroniske sygdomme									
	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjertet	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Diabetes	Kræft	KOL	Astma	Allergi	Slidgigt	Leddegigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, andre rygsygdomme	Psykiske lidelser	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	18	2,1	1,2	1,8	5	3	4	7	20	20	6	4	13	12	15	13	4
Køn																	
Mand	17	2,3	1,7	1,8	6	2,8	4	6	19	16	6	1,5	13	9	10	16	3
Kvinde	18	1,9	0,7	1,7	4	3	4	8	22	24	6	7	14	16	20	10	5
Alder																	
16-24 år	1,5	1,1	0,2	0,3	0,8	0,4	1,3	8	25	1,0	0,9	0,4	4	16	16	7	0,4
25-34 år	2,3	0,6	0,1	0,3	1,3	0,5	0,9	6	24	3	1,8	0,7	7	16	18	7	0,3
35-44 år	6	0,7	0,2	0,4	2,3	0,7	1,3	7	26	8	3	0,8	13	14	20	10	0,4
45-54 år	15	1,7	0,8	1,0	4	2,1	2,9	6	22	20	6	1,7	17	14	18	13	1,1
55-64 år	27	2,5	1,3	2,6	7	4	6	7	18	33	10	5	19	12	14	19	3
65-74 år	38	4	2,8	3	11	7	9	7	13	39	10	9	17	6	8	21	11
75+ år	45	6	4,4	6	14	8	13	7	10	46	13	16	17	6	7	16	21
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)																	
Lavt (0-10 år)	33	4	2,6	3	11	5	10	9	14	35	12	10	18	14	15	16	10
Middel (11-14 år)	22	2,2	1,4	2,1	6	4	5	7	19	24	7	4	16	12	15	15	4
Højt (15+ år)	12	1,1	0,6	1,1	3	2,3	2,2	6	25	15	3	3	11	10	14	11	3
Erhvervstilknytning																	
Studerende/skoleelever	1,4	1,0	0,3	0,3	0,9	0,4	1,1	8	25	1,5	1,3	0,6	4	15	17	7	0,4
Beskæftigede	11	1,1	0,5	0,5	3	1,7	1,7	6	22	13	4	1,1	12	9	15	12	1,0
Arbejdsløse	8	1,0	0,8	1,2	3	2,0	2,7	8	26	12	4	2,6	13	22	20	9	0,5
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	13	2,1	0,9	1,7	5	2,5	4	10	27	17	7	2,5	18	36	26	14	1,5
Førtidspensionister	30	5	1,7	7	13	4	12	13	25	39	17	9	34	42	29	18	5
Efterlønsmodtagere	34	1,7	0,9	1,0	5	5	8	7	16	38	9	5	15	8	9	19	4
Folkepensionister	41	5	4	5	12	7	11	7	12	42	11	13	17	6	8	19	15

■ Signifikant større end i hele befolkningen

■ Signifikant mindre end i hele befolkningen

■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Kroniske sygdomme – køn, alder og sociale forhold

Figur 9.22 viser forekomsten af de 17 kroniske sygdomme opgjort i forhold til køn, alder, uddannelse og erhvervstilknytning. Figuren belyser, hvilke grupper af befolkningen der er særligt belastede med hensyn til kronisk sygdom.

Køn. Det ses af figuren, at tre ud af de syv potentielt livstruende kroniske sygdomme optræder hos en større andel mænd end kvinder. Det drejer sig om hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes. Der ses ingen kønsforskelle ved de øvrige potentielt livstruende kroniske sygdomme.

For de ikke-livstruende kroniske sygdomme ses det, at der er en større andel mænd end kvinder, som har tinnitus. Der er ingen kønsforskelle i forekomsten af leddegigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme, mens de resterende syv ikke-livstruende sygdomme alle forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd. Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd.

Alder. Sammenhængen mellem alder og forekomsten af kronisk sygdom er meget markant. Personer på 55 år og derover har en større forekomst af samtlige syv potentielt livstruende kroniske sygdomme end befolkningen generelt, mens de 16-44-årige har en mindre forekomst af alle syv sygdomme. Forekomsten af alle syv sygdomme stiger markant med alderen.

Halvdelen af de ikke-livstruende kroniske sygdomme forekommer også hyppigere hos personer på 55 år og derover og mindre hyppigt blandt de 16-44-årige end i hele befolkningen. Det drejer sig om de fire muskel-skelet-sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og diskusprolaps eller andre rygsygdomme) samt tinnitus. Derudover forekommer grå stær hyppigere hos personer på 65 år og derover og sjældnere hos de 16-44-årige og de 55-64-årige sammenlignet med hele befolkningen. I alle tilfældene er der en markant stigning med alderen i forekomsten af sygdommene.

Modsat ses det, at en større andel af de 16-54-årige har allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Sammenlig-

net med hele befolkningen er der en mindre andel af personer på 55 år og derover, der har allergi. Psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine optræder ligeledes hos en mindre andel af personer på 65 år og derover. Forekomsten af både allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine aftager altså betydeligt med alderen.

Uddannelsesniveau. Der er en meget stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af de 17 kroniske sygdomme. Personer med lavt uddannelsesniveau har en større forekomst af 15 ud af de 17 kroniske sygdomme end befolkningen generelt (eneste undtagelser er allergi og migræne eller hyppig hovedpine), mens personer med højt uddannelsesniveau har en lavere forekomst af 16 ud af de 17 kroniske sygdomme (eneste undtagelse er allergi). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større forekomst af alle syv potentielt livstruende kroniske sygdomme blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau, ligesom de har en større forekomst af halvdelen af de ikke-livstruende sygdomme (slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus).

Andelen med allergi stiger med stigende uddannelsesniveau, mens der ikke ses nogen særlig uddannelsesmæssig sammenhæng i andelen med migræne eller hyppig hovedpine. Ved resten af de kroniske sygdomme falder andelen med stigende uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er ligeledes en meget stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af kronisk sygdom. Særligt førtidspensionister er meget sygdomsbelastede med en større forekomst af samtlige 17 kroniske sygdomme sammenlignet med befolkningen generelt. De tre hyppigst forekommende sygdomme blandt førtidspensionisterne er: psykiske lidelser (42 %), slidgigt (39 %) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme (34 %). Blandt folkepensionister ses tilsvarende en øget sygdomsforekomst ved alle potentielt livstruende kroniske sygdomme samt seks af de ikke-livstruende kroniske sygdomme, mens de har en mindre andel med allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Efterlønsmodtagere har en større andel ved ca. halvdelen af de kroniske sygdomme og en mindre andel med allergi og migræne eller hyppig hovedpine end befolkningen generelt. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sy-

gedagpenge mv. ses større andele med astma, allergi, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine end i befolkningen generelt.

De laveste sygdomsforekomster ses blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. Begge grupper har en mindre andel end befolkningen generelt ved alle potentielt livstruende kroniske sygdomme. Studerende/skoleelever har derudover en mindre andel ved seks af de ikke-livstruende sygdomme og en større andel med astma, allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine. Beskæftigede har en mindre andel ved otte af de ikke-livstruende sygdomme. Kun ved allergi og migræne eller hyppig hovedpine er andelen større i denne gruppe end i befolkningen.

Multisygdom – køn, alder og sociale forhold

Multisygdom er defineret ved, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidig. Personer med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme udgør en særligt belastet gruppe. I figur 9.23 opgøres multisygdom – fordelt på grupperne med henholdsvis to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme – i forhold til køn, alder og sociale forhold. De to grupper af multisyge personer udgør tilsammen den samlede andel af befolkningen med multisygdom.

Af figuren fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *to til tre samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 45 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Det fremgår også, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *fire eller flere samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er multisyge. Både hvad angår to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme.

Alder. Både andelen med to til tre kroniske sygdomme og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme stiger markant med alderen. Blandt de 16-24-årige er der i alt 21 % med multisygdom, mens det samlet gør sig gældende for 67 % blandt personer på 75 år og derover. Ser man på antallet af personer med multisygdom er det imidlertid tydeligt, at det ikke kun er en udfordring for den ældre del af befolkningen. Godt to ud af tre personer, der har to til tre kroniske sygdomme, er under 65 år, og godt halvdelen af de personer, der har fire eller flere sygdomme, er under 65 år.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af multisygdom. Der er samlet set 58 % multisyge blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 33 % multisyge blandt personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau fordeler det sig med henholdsvis 36 % (to til tre kroniske sygdomme) og 22 % (fire eller flere kroniske sygdomme). Til sammenligning er andelen blandt personer med højt uddannelsesniveau 26 % (to til tre kroniske sygdomme) og 7 % (fire eller flere kroniske sygdomme).

Erhvervstilknytning. Der ses en markant større andel med multisygdom blandt personer uden for arbejdsmarkedet end i befolkningen generelt, idet andelen af multisyge er større hos modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Særligt blandt førtidspensionister er andelen af multisyge stor, hvor det samlet gør sig gældende for godt tre ud af fire personer. Til sammenligning ses den mindste andel blandt studerende/skoleelever, hvor godt én ud af fem er multisyg, ligesom der er en mindre andel blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med to til tre kroniske sygdomme er større blandt personer med dansk baggrund og mindre blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund end i befolkningen generelt. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem etnisk baggrund og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme.

Bolig. Blandt personer, der bor i ejerbolig, er der en større andel med to til tre kroniske sygdomme og en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, er der en større andel med to til tre kroniske sygdomme og en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En markant større andel blandt personer uden børn i hjemmet har multisygdom, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i den samlede andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) fra 36 % til 40 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 35-44 år og personer på 55 år og derover samt på tværs af uddannelsesniveau – dog mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 9.22.S](#).

I samme periode er der også sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 9 % til 11 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 55-64 år og 75 år og derover samt personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 9.23.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i den samlede andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) fra 36 % til 40 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-64 år og personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau – dog mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 9.22.S](#).

I samme periode er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 9 % til 11 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år samt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 9.23.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.23
Multisygdøm – køn, alder og sociale forhold

	2-3 kroniske sygdomme		4 eller flere kroniske sygdomme		2-3 kroniske sygdomme	4 eller flere kroniske sygdomme
	Pct.		Pct.		Personer	Personer
Alle	29		11		290.000	109.000
Køn						
Mand	26		10		128.000	47.000
Kvinde	32		12		162.000	62.000
Alder						
16-24 år	19		2,4		27.000	3.500
25-34 år	20		2,7		29.000	4.000
35-44 år	25		6		38.000	8.500
45-54 år	30		9		52.000	16.000
55-64 år	34		17		53.000	26.000
65-74 år	39		19		54.000	27.000
75+ år	41		27		38.000	25.000
Uddannelsesniveaue (personer på 25 år og derover)						
Lavt (0-10 år)	36		22		49.000	29.000
Middel (11-14 år)	32		13		139.000	55.000
Højt (15+ år)	26		7		67.000	17.000
Erhvervstilknytning						
Studerende/skoleelever	18		2,7		21.000	3.000
Beskæftigede	25		5		130.000	27.000
Arbejdsløse	26		8		5.300	1.600
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	33		16		18.000	9.200
Førtidspensionister	41		36		17.000	15.000
Efterlønsmodtagere	39		14		7.800	2.800
Folkepensionister	40		23		86.000	49.000
Etnisk baggrund						
Dansk	30		11		268.000	99.000
Anden vestlig	24		9		9.700	3.800
Ikke-vestlig	23		11		13.000	6.100
Bolig						
Ejer	30		10		183.000	60.000
Lejer	28		12		93.000	42.000
Bor med ægtefælle/samlever						
Nej	28		13		94.000	42.000
Ja	30		10		187.000	63.000
Børn i hjemmet 0-15 år						
Nej	31		13		200.000	86.000
Ja	24		4		59.000	10.000

- Signifikant større end i hele befolkningen
- Signifikant mindre end i hele befolkningen
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

SEKTION 2: SUNDHEDSVANER BLANDT PERSONER MED KRONISK SYGDOM

Viden om sundhedsvaner og overvægt blandt personer med kronisk sygdom er vigtig, fordi rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt hører til de væsentligste "nære" årsager til udvikling af forebyggelige kroniske sygdomme og forværring af allerede opstået sygdom, jf. kapitel 2-6.

Rygning er en væsentlig risikofaktor for adskillige kroniske sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme, KOL, diabetes og leddegigt, og kan desuden mindske virkningen af behandling. Rygning er fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Dette gælder både blandt befolkningen i almindelighed og blandt personer med kronisk sygdom (se kapitel 2).

Et stort forbrug af alkohol er ligeledes en risikofaktor for udvikling af alvorlige kroniske sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme og psykiske lidelser. For kvinder er alkohol samtidig en væsentlig risikofaktor for udvikling af brystkræft. Borgere med kronisk sygdom, der er i medicinsk behandling, risikerer desuden, at der opstår bivirkninger eller nedsat effekt af behandlingen, når der indtages alkohol. På samme måde som for rygning er der betydelige sundhedsgevinster ved at reducere alkoholforbruget blandt kronisk syge borgere (se kapitel 3).

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død. Det er desuden påvist, at fysisk aktivitet er virkningsfuld som led i behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skelet-sygdomme og visse former for kræft. Fysisk inaktivitet har derimod en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (se kapitel 4).

Usund kost er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes, svær overvægt, kræft og hjerte-kar-sygdomme. Sund kost, karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, er derimod forbundet med

en længere levealder og sund aldring. Sund kost kan dermed have sundhedsfremmende effekter for personer med kroniske sygdomme som for befolkningen generelt (se kapitel 5).

I tråd med de andre sundhedsvaner udgør *svær overvægt* også en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, forskellige former for kræft, slidgigt og leddegigt og psykisk sygdom. Sygdomme og medicinforbrug kan dog i sig selv være årsag til vægtforøgelse og overvægt, hvorfor der kan være behov for et ekstra fokus på sunde vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet blandt særlige grupper af kronisk syge (se kapitel 6).

Samlet set er sundhedsvaner ofte væsentlige for behandlingen af og prognosen for mange kroniske sygdomme. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til sundhedsvaner blandt kronisk syge borgere. Det afspejler sig blandt andet i forløbsprogrammer målrettet borgere med specifikke kroniske sygdomme og nationale anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (37). Desuden er det besluttet, at der fra 2018 skal være en systematisk og målrettet forebyggelse på hospitalerne, hvor alle relevante patienter skal spørges til ryge- og alkoholvaner – i de tilfælde, hvor det giver mening – samt have tilbud om henvisning til rygestop eller alkoholbehandling i kommunen, hvis det er relevant (38). Beslutningen kommer som opfølgning på Danske Regioners udspil *Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering* fra 2017 (39).

I det følgende belyses sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom. Til dette formål anvendes følgende indikatorer, som alle er præsenteret tidligere i rapporten:

- Dagligrygere
- Højrisikoforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

Indikatorerne er opgjort for personer på 16 år og derover.

Dagligrygere angiver andelen, der ryger cigaretter eller anden form for tobak dagligt (se kapitel 2).

Højrisikoforbrug af alkohol angiver andelen med et ugentligt forbrug af alkohol på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd (se kapitel 3).

Fysisk inaktivitet angiver andelen, som er fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (se kapitel 4).

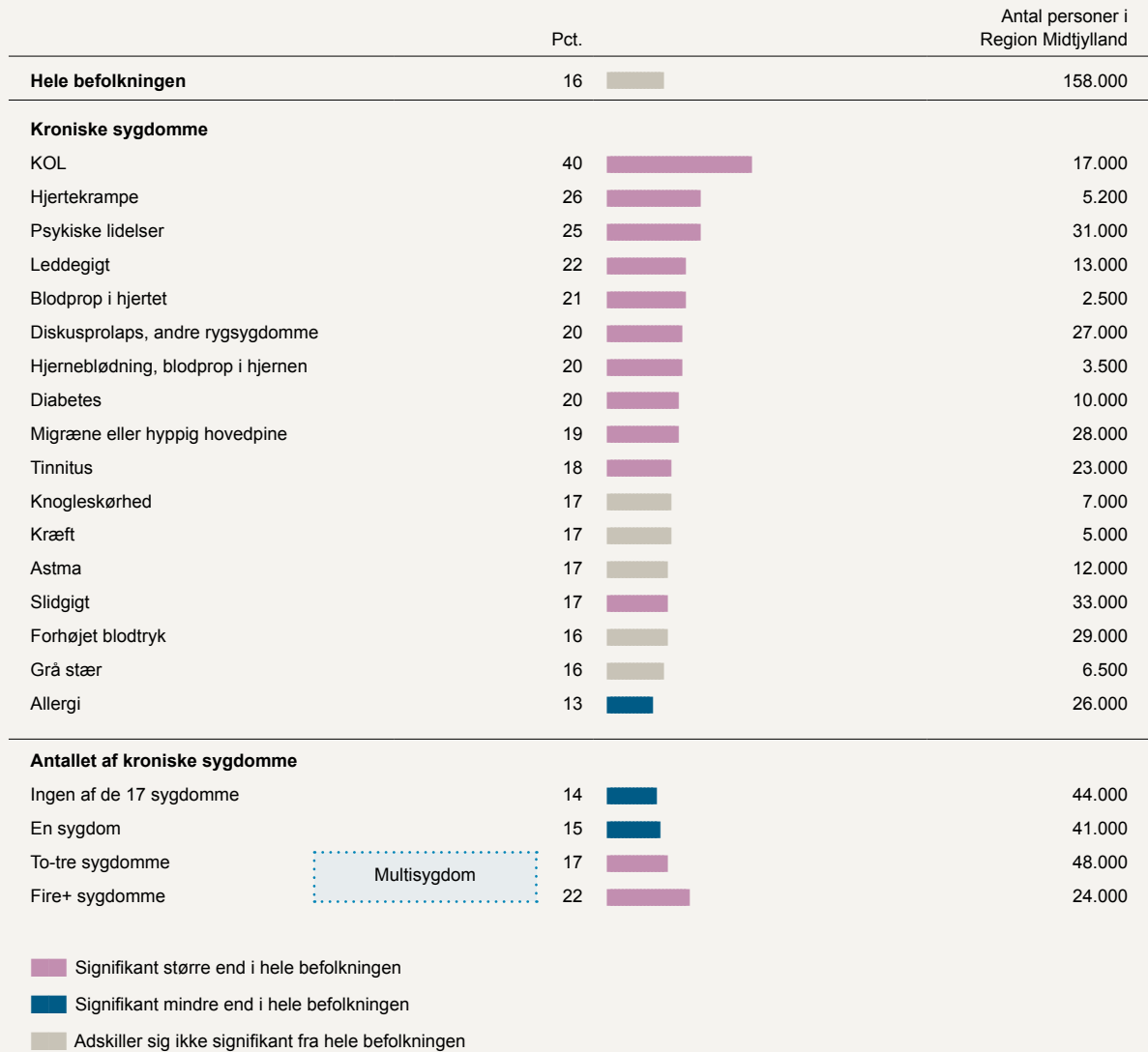
Usundt kostmønster angiver andelen, der har usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt beregnet ved hjælp af *The Dietary Quality Score*, der giver et samlet mål for kostens kvalitet (se kapitel 5).

Svær overvægt er defineret som et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover (se kapitel 6).

Personer med to eller flere risikable sundhedsvaner (multiple risikofaktorer) er i øget risiko for udvikling og forværring af kroniske sygdomme end personer med én eller ingen risikable sundhedsvaner, og der er muligvis en synergieffekt mellem risikofaktorer, så den sundhedsskadelige virkning af den enkelte faktor forstærkes (40-42).

Afsnittet afsluttes derfor med en sammenfatning, der indeholder en oversigt over multiple risikable sundhedsvaner blandt de kronisk syge borgere.

Figur 9.24
Dagligrygere – kroniske sygdomme og multisygdom



Dagligrygere blandt personer med kronisk sygdom

Af figur 9.24 fremgår det, at der ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel, der er dagligrygere, end i hele befolkningen. Andelen af dagligrygere varierer mellem de kroniske sygdomme fra 13 % hos personer med allergi til 40 % hos personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Hjertekrampe
- Psykisk lidelse
- Leddegigt
- Blodprop i hjertet
- Diskusprolaps, ryg sygdom
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Diabetes
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt personer med allergi.

Figur 9.24 viser yderligere, at der blandt personer med multisygdom er en større andel dagligrygere end i hele befolkningen. Blandt personer med to-tre sygdomme er 17 % dagligrygere, og blandt personer med fire eller flere sygdomme er 22 % dagligrygere. Omvendt er der en mindre andel dagligrygere blandt personer med ingen eller én sygdom end i hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** *Kroniske sygdomme og rygning.* I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af dagligrygere ved 9 ud af de 16 sammenlignelige kroniske sygdomme (udviklingen for psykiske lidelser er ikke beregnet i denne periode). Der er ingen signifikante ændringer i andelen af dagligrygere hos personer med blodprop i hjertet, hjertekrampe, kræft, KOL, diabetes, grå stær eller hjerneblødning/blodprop i hjernen. Se [figur 9.26.S i bind 2](#).























Antallet af kroniske sygdomme og rygning. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen af dagligrygere uanset antallet af kroniske sygdomme. Således har der været et fald både blandt personer uden sygdom, med én kronisk sygdom og multisyge personer. Faldet i alle grupper ligner den generelle udvikling i befolkningen. Der ses dermed ikke nogen speciel sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og faldet i andelen af dagligrygere. Se [figur 9.31.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** *Kroniske sygdomme og rygning.* I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med slidgigt, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme og psykiske lidelser. Se [figur 9.26.S i bind 2](#).




Antallet af kroniske sygdomme og rygning. I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt personer med én kronisk sygdom og to til tre kroniske sygdomme. Denne udvikling ligner udviklingen i befolkningen. Blandt personer uden kronisk sygdom eller med fire eller flere kroniske sygdomme er der ikke sket nogen signifikant udvikling. Se [figur 9.31.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.25

Højriskoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) – kroniske sygdomme og multisygdom

	Pct.		Antal personer i Region Midtjylland
Hele befolkningen	6		55.000
Kroniske sygdomme			
KOL	13		5.300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	8		1.400
Forhøjet blodtryk	7		13.000
Psykiske lidelser	7		8.600
Leddegigt	7		4.100
Tinnitus	7		8.700
Blodprop i hjertet	7		800
Hjertekrampe	7		1.300
Slidgigt	7		13.000
Astma	6		4.200
Grå stær	6		2.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	6		7.700
Kræft	6		1.700
Allergi	6		11.000
Diabetes	5		2.600
Knogleskørhed	5		1.800
Migræne eller hyppig hovedpine	4		6.500
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen af de 17 sygdomme	5		15.000
En sygdom	6		16.000
To-tre sygdomme	6		16.000
Fire+ sygdomme	7		7.600

Multisygdom

 Signifikant større end i hele befolkningen
 Signifikant mindre end i hele befolkningen
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kronisk sygdom

Figur 9.25 viser, at der ved 7 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel personer med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen. Andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med kroniske sygdomme varierer fra 4 % hos personer med migræne eller hyppig hovedpine til 13 % hos personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Forhøjet blodtryk
- Psykisk lidelse
- Leddegigt
- Tinnitus
- Slidgigt

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine.

Af figur 9.25 fremgår det, at der blandt personer med fire eller flere sygdomme er en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen. Omvendt er der en mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer uden sygdom sammenlignet med hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** *Kroniske sygdomme og alkohol.* I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt alle de kroniske sygdomme, undtagen personer med blodprop i hjertet. Se [figur 9.27.S i bind 2](#).

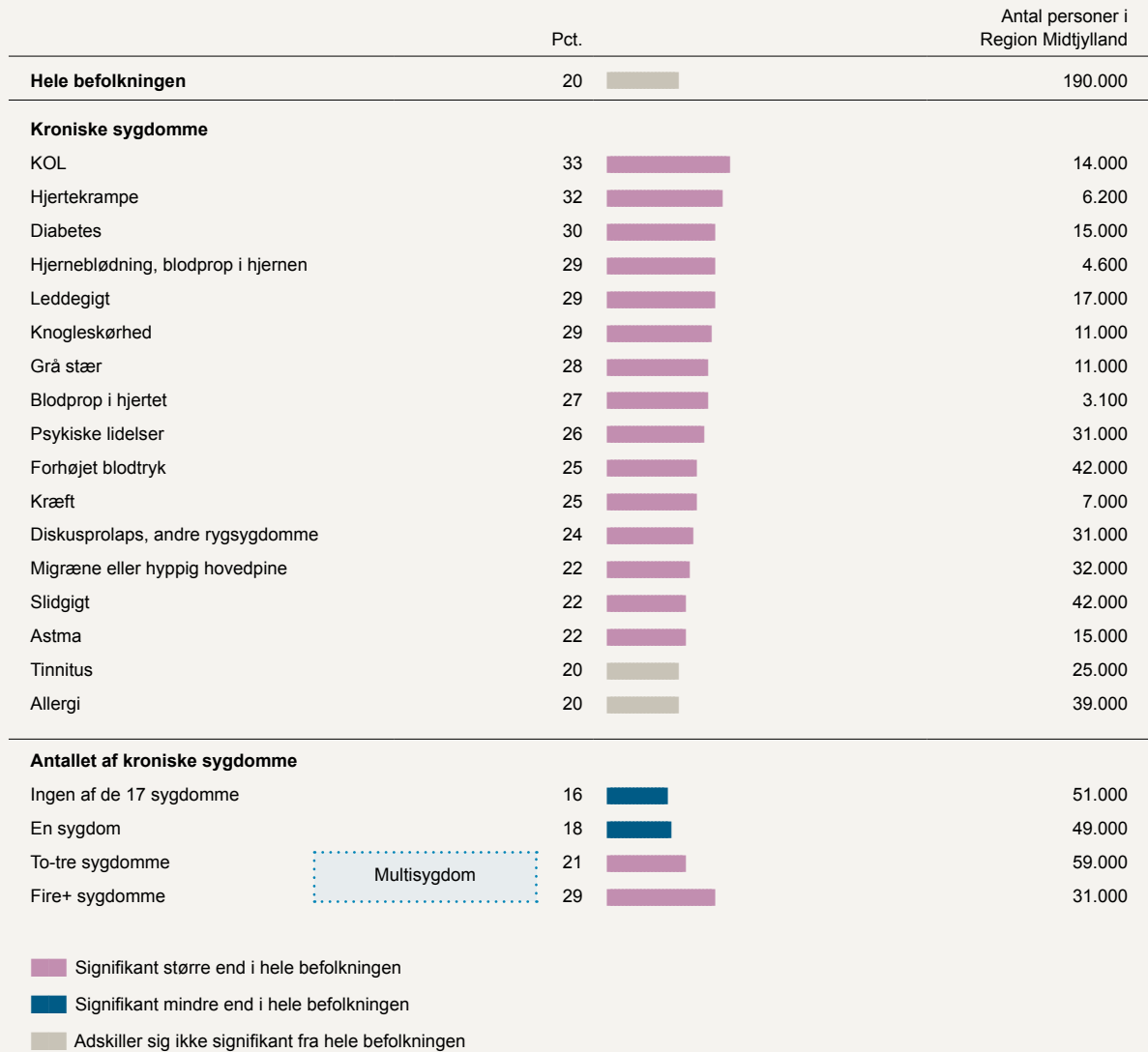
Antallet af kroniske sygdomme og alkohol. I perioden fra 2010 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol blandt alle fire grupper: personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom, med to til tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme. I alle grupper er udviklingen meget tilsvarende den generelle udvikling i befolkningen. Se [figur 9.32.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** *Kroniske sygdomme og alkohol.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af personer, der har et højrisikoforbrug af alkohol, ved 9 ud af de 17 kroniske sygdomme. Der ses i perioden ingen signifikant ændring i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL, knogleskørhed, leddegigt, blodprop i hjertet, diabetes, hjerte-krampe eller kræft. Se [figur 9.27.S i bind 2](#).

Antallet af kroniske sygdomme og alkohol. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et signifikant fald i andelen, der har et højrisikoforbrug af alkohol, blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. For disse tre grupper er udviklingen tilsvarende den generelle udvikling i befolkningen. Faldet fra 2013 til 2017 i andelen med et højrisikoforbrug af alkohol er dog ikke at genfinde blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se [figur 9.32.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.26

Fysisk inaktive – kroniske sygdomme og multisygdom



Fysisk inaktivitet blandt personer med kronisk sygdom

Fysisk inaktivitet er her opgjort som de personer, der er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen (se nærmere i kapitel 4 *Fysisk aktivitet*).

Figur 9.26 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen personer med tinnitus og personer med allergi.

Andelen, der er fysisk inaktive, varierer fra 22 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine, slidgigt eller astma til 33 % blandt personer med KOL.

Af figur 9.26 fremgår det yderligere, at andelen af fysisk inaktive stiger med antallet af kroniske sygdomme. Således er der en større andel fysisk inaktive blandt personer med multisygdom, hvor det især er blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme, der findes den største andel af fysisk inaktive på 29 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** *Kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet.* I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med forhøjet blodtryk, leddegigt, allergi, slidgigt og tinnitus. Udviklingen for disse sygdomsgrupper følger samme tendens som i befolkningen generelt. Blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen ses derimod et markant fald fra 37 % til 29 %. Se figur 9.28.S i bind 2.

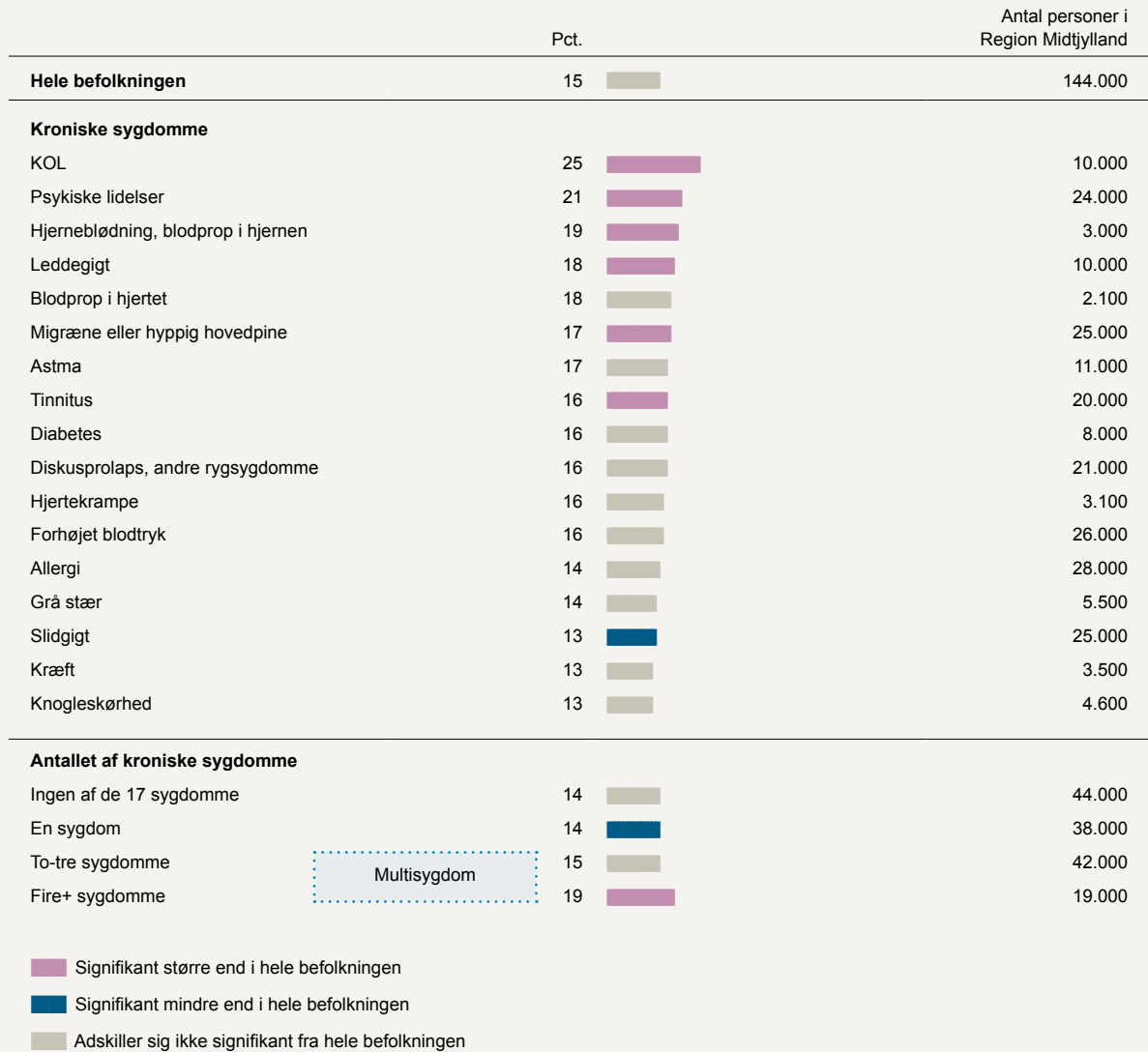
Antallet af kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. Der ses samme udviklingstendens for disse grupper som for befolkningen generelt. Se figur 9.33.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** *Kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet.* I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et markant fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen fra 37 % til 29 %. Udviklingen for denne gruppe er dermed gået i modsat retning af den lille stigning, der er sket i hele befolkningen. Se figur 9.28.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og fysisk inaktivitet. I perioden fra 2013 til 2017 har der kun været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer, der ikke har nogen sygdom. Stigningen er tilsvarende den, der ses i hele befolkningen. Se figur 9.33.S i bind 2. ◀

Figur 9.27

Usundt kostmønster – kroniske sygdomme og multisygdom



Usundt kostmønster blandt personer med kronisk sygdom

Figur 9.27 viser, at der ved 6 ud af de 17 kroniske sygdomme er en større andel personer med et usundt kostmønster end i hele befolkningen. Andelen med et usundt kostmønster blandt personer med kroniske sygdomme varierer fra 13 % hos personer med slidgigt til 25 % hos personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Psykiske lidelser
- Hjerneblødning, blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med et usundt kostmønster blandt personer med slidgigt.

Af figur 9.27 fremgår det, at der blandt personer med fire eller flere sygdomme er en større andel med et usundt kostmønster end i hele befolkningen. Omvendt er der en mindre andel med et usundt kostmønster blandt personer, der kun har én sygdom, sammenlignet med hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** *Kroniske sygdomme og usundt kostmønster.* I perioden fra 2010 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster steget ved 8 ud af de 16 sammenlignelige sygdomme. Det gælder personer med diabetes, tinnitus, migræne eller hyppig hovedpine, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, forhøjet blodtryk eller slidgigt. Se [figur 9.29.S i bind 2](#).

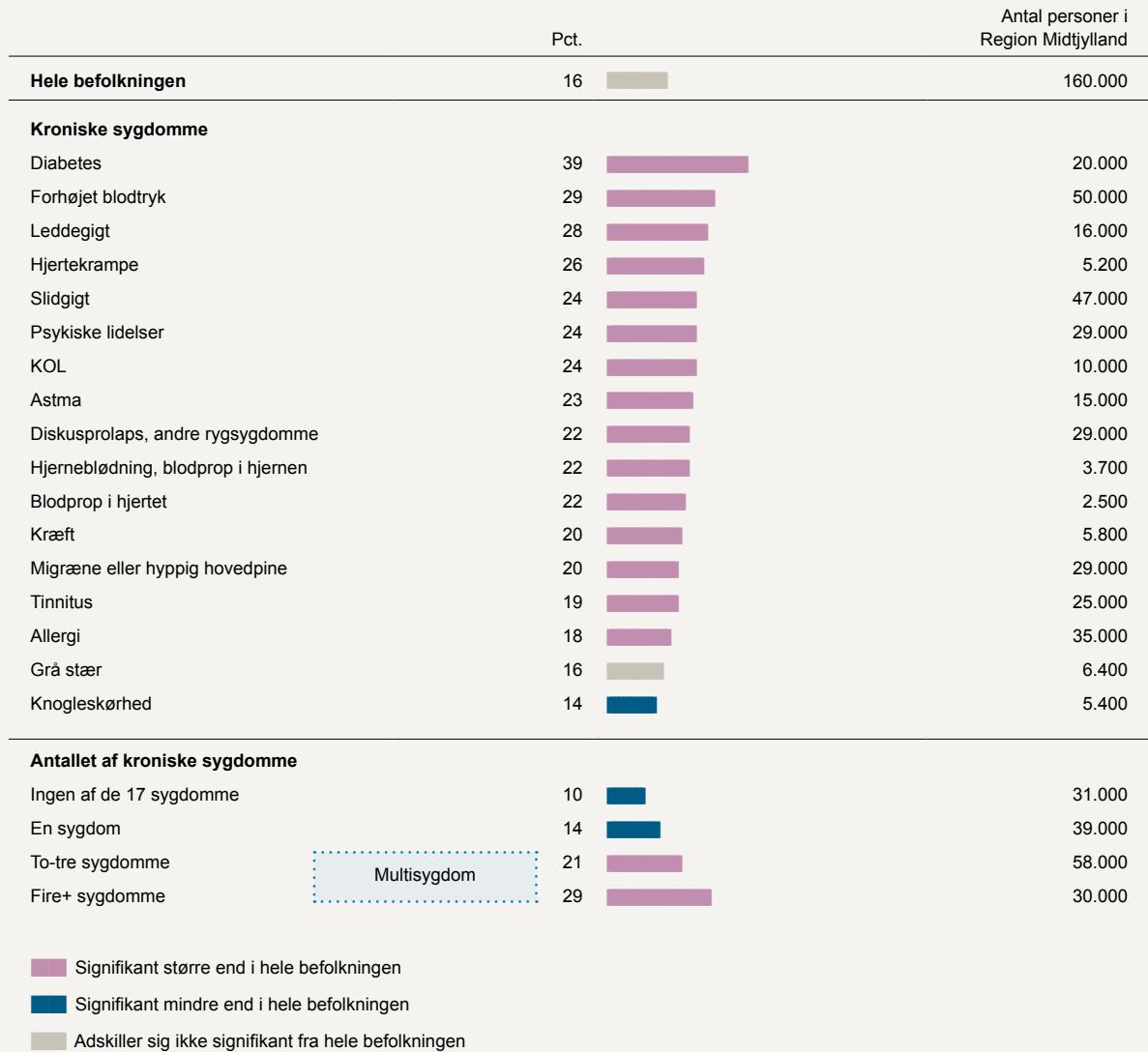
Antallet af kroniske sygdomme og usundt kostmønster. I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster for alle fire grupper. Der ses dog en tendens til, at stigningen øges med antallet af kroniske sygdomme, således at den er større blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme end den stigning, der ses i befolkningen generelt. Se [figur 9.34.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** *Kroniske sygdomme og usundt kostmønster.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme: psykiske lidelser, diabetes, tinnitus, migræne eller hyppig hovedpine, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, forhøjet blodtryk og slidgigt. Se [figur 9.29.S i bind 2](#).

Antallet af kroniske sygdomme og usundt kostmønster. I perioden fra 2013 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster steget for alle fire grupper. Der ses en tendens til, at stigningen er større blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme end blandt befolkningen generelt. Se [figur 9.34.S i bind 2](#). ◀

Figur 9.28

Svær overvægt – kroniske sygdomme og multisygdom



Svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom

Af figur 9.28 fremgår andelen af svært overvægtige blandt personer med kroniske sygdomme.

For alle de kroniske sygdomme – undtagen grå stær og knogleskørhed – gælder det, at der er en større andel svært overvægtige end i hele befolkningen. Andelen af svært overvægtige varierer fra 18 % blandt personer med allergi til 39 % blandt personer med diabetes. For personer med knogleskørhed er der en mindre andel med svær overvægt end i hele befolkningen.

Figur 9.28 viser, at der er en større andel svært overvægtige blandt multisyge personer end i hele befolkningen. Det fremgår, at andelen af svært overvægtige stiger med antallet af sygdomme. Således er der 10 % svært overvægtige blandt personer uden kronisk sygdom og hele 29 % svært overvægtige blandt personer med fire eller flere sygdomme.

► **Udvikling fra 2010-2017.** *Kroniske sygdomme og svær overvægt.* I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen med svær overvægt ved alle kroniske sygdomme, undtagen personer med KOL, blodprop i hjertet eller grå stær. Se figur 9.30.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og svær overvægt. I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen af personer, der er svært overvægtige, blandt personer uden kronisk sygdom, med én kronisk sygdom og med to til tre kroniske sygdomme. Udviklingen ligner i gennemsnit den samme som i hele befolkningen. Se figur 9.35.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** *Kroniske sygdomme og svær overvægt.* I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært overvægtige ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme. Der ses i perioden ingen signifikant ændring i andelen af svært overvægtige hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, diabetes, migræne eller hyppig hovedpine, hjertekrampe, blodprop i hjertet eller grå stær. Se figur 9.30.S i bind 2.

Antallet af kroniske sygdomme og svær overvægt. I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en signifikant stigning i andelen med svær overvægt blandt alle fire grupper. Stigningen følger udviklingen i befolkningen generelt. Se figur 9.35.S i bind 2. ◀

Figur 9.29

Sammenfatning af sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom

	Dagligrygere	Højriskforbrug af alkohol	Fysisk inaktivitet	Usundt kostmønster	Svær overvægt
Potentielt livstruende kroniske sygdomme					
Forhøjet blodtryk		●	●		●
Hjertekrampe	●		●		●
Blodprop i hjertet	●		●		●
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	●	●	●	●	●
Diabetes	●		●		●
Kræft			●		●
KOL	●	●	●	●	●
Ikke-livstruende kroniske sygdomme					
Astma			●		●
Allergi	●				●
Slidgigt	●	●	●	●	●
Leddegigt	●	●	●	●	●
Knogleskørhed			●		●
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	●		●		●
Psykiske lidelser	●	●	●	●	●
Migræne, hyppig hovedpine	●	●	●	●	●
Tinnitus	●	●		●	●
Grå stær			●		
Antallet af kroniske sygdomme					
Ingen af de 17 sygdomme	●	●	●		●
En sygdom	●		●	●	●
To-tre sygdomme	●		●		●
Fire+ sygdomme	●	●	●	●	●

● Signifikant større end i hele befolkningen
 ● Signifikant mindre end i hele befolkningen

Sammenfatning af sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom

Det kan være nyttigt med en samlet opgørelse over risikable sundhedsvaner for at få et overblik over forebyggelsespotentialer inden for hver sygdomsgruppe og blandt personer med multisygdom.

Figur 9.29 viser, ved hvilke af de fem sundhedsvanemål personer med kronisk sygdom adskiller sig fra hele befolkningen.

Multiple risikable sundhedsvaner i forhold til de 17 kroniske sygdomme

Det fremgår af figur 9.29, at samtlige 17 sygdomsgrupper har mindst én risikabel sundhedsvane, hvor de har en større andel end befolkningen som helhed. Det ses samtidig, at der er forskel på, om sygdomsgrupperne kun adskiller sig fra befolkningen på et enkelt af de fem sundhedsvanemål, eller om de adskiller sig på samtlige fem mål. Ved 14 ud af de 17 sygdomsgrupper er andelen større end i hele befolkningen ved mindst to ud af de fem mål.

Større andel på fem sundhedsvanemål: Den største forekomst af risikable sundhedsvaner og dermed det største forebyggelsespotentiale ses hos personer med KOL, leddegigt, psykiske lidelser eller hjerneblødning/blodprop i hjernen. I disse fire sygdomsgrupper er andelen med risikable sundhedsvaner større på samtlige fem sundhedsvanemål end i hele befolkningen. Særligt personer med KOL er udsatte, idet de har den største andel blandt samtlige sygdomsgrupper ved fire af de fem sundhedsvanemål. Kun ved svært overvægt finder man større andele i andre sygdomsgrupper end ved KOL.

Større andel på fire sundhedsvanemål: Personer med slidgigt, migræne eller hyppig hovedpine eller tinnitus har alle en større andel end befolkningen generelt ved fire ud af de fem mål. Blandt personer med slidgigt er der en større andel, som er dagligrygere, har et højrisikoforbrug af alkohol, er fysisk inaktive og svært overvægtige, og en mindre andel med et usundt kostmønster, end det er tilfældet i befolkningen generelt. Blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine er der en større andel af dagligrygere, fysisk inaktive, personer med usundt kostmønster og svært overvægtige og en mindre andel med et højrisikoforbrug af alkohol end i hele befolkningen.

Personer med tinnitus adskiller sig ikke fra befolkningen generelt i forhold til fysisk inaktivitet, men har en større andel på de fire øvrige mål.

Større andel på tre sundhedsvanemål: Fem sygdomsgrupper har en større andel end befolkningen generelt på tre af målene. Personer med forhøjet blodtryk har en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol og en større andel af fysisk inaktive og svært overvægtige sammenlignet med hele befolkningen. Personer med hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes eller diskusprolaps eller andre rygsygdomme har alle en større andel af dagligrygere, fysisk inaktive og svært overvægtige end i hele befolkningen.

Større andel på to sundhedsvanemål: Personer med kræft og personer med astma har en større andel fysisk inaktive og svært overvægtige end i hele befolkningen.

Større andel på ét sundhedsvanemål: Personer med allergi har en større andel af svært overvægtige og en mindre andel dagligrygere end i hele befolkningen. Personer med knogleskørhed har en større andel af fysisk inaktive og en mindre andel svært overvægtige end i hele befolkningen. Personer med grå stær afviger kun fra hele befolkningen ved at have en større andel af fysisk inaktive.

Multiple risikable sundhedsvaner i forhold til multisygdom

Figur 9.29 viser nogle meget klare forskelle i sundhedsvaner i forhold til antallet af kroniske sygdomme, idet personer med multisygdom samlet set har en større andel med risikable sundhedsvaner end i befolkningen som helhed, mens personer uden kronisk sygdom eller med én kronisk sygdom samlet set har en mindre andel med risikable sundhedsvaner end hele befolkningen.

Blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, ses således en mindre andel, der er dagligrygere, har et højrisikoforbrug af alkohol, er fysisk inaktive og er svært overvægtige end i befolkningen generelt, mens de ikke adskiller sig i forhold til andelen med usundt kostmønster.

Personer med én kronisk sygdom adskiller sig ikke fra befolkningen i forhold til andelen med et højrisikofor-

brug af alkohol, men har ellers en mindre andel ved de fire øvrige mål.

For multisyge personer med to til tre kroniske sygdomme ses en større andel dagligrygere, fysisk inaktive og svært overvægtige sammenlignet med befolkningen generelt.

Multisyge personer med fire eller flere kroniske sygdomme har en større andel ved alle fem sundhedsvanemål sammenlignet med hele befolkningen.

Resultaterne understreger, at der er et meget stort forebyggelsespotentiale blandt personer, der allerede har udviklet en eller flere kroniske sygdomme. Ændring af livsstil hos kroniske patienter med risikable sundhedsvaner kan modvirke forværring af eksisterende sygdom og udvikling af nye sygdomme samt forbedre behandlingseffekten. Dette forebyggelsespotentiale er særlig stort blandt personer med kompleks multisygdom.

Det er dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, at netop gruppen af komplekst multisyge patienter ofte har sværere ved at foretage livsstilsændringer på egen hånd, fordi de mangler de fornødne ressourcer. Der kan derfor være behov for at tilbyde intensiv hjælp til livsstilsændringer, hvis ændringerne skal lykkes.

► **Udvikling fra 2010-2017 og fra 2013-2017. Kroniske sygdomme.** Overordnet set er der en tendens til, at udviklingen i sundhedsvaner i de enkelte sygdomsgrupper går i samme retning som udviklingen i befolkningen generelt. Der er dog nogen variation på tværs af sygdommene og enkelte tilfælde af, at udviklingen i en sundhedsvane hos en bestemt sygdomsgruppe er gået i modsat retning end den udvikling, der ses i befolkningen generelt (se bind 2 for nærmere gennemgang).

Antallet af kroniske sygdomme. Generelt set er der ikke den store sammenhæng mellem udviklingen i sundhedsvanerne og antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen for de fire grupper (ingen kronisk sygdom, én kronisk sygdom, to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme) ligner i store træk den samme udvikling som i befolkningen generelt. Kun i enkelte tilfælde er der antydning af små afvigelser, hvilket primært omfatter personer med fire eller flere kroniske sygdomme (se bind 2 for nærmere gennemgang).

SEKTION 3: HELBRED OG LIVSKVALITET BLANDT PERSONER MED KRONISK SYGDOM

Et liv med kronisk sygdom er ofte forbundet med begrænsninger og belastninger i hverdagen både fysisk, socialt og mentalt. Et vigtigt mål for behandling og rehabilitering er derfor, at patienter kan opretholde deres funktionsevne eller genvinde tabt funktionsevne helt eller delvist og være i stand til at leve et normalt og meningsfuldt liv.

Denne sektion handler om, hvordan personer med kronisk sygdom har det. Det vil blive belyst ud fra følgende aspekter: helbredsrelateret livskvalitet, arbejdsevne og evnen til at klare sig selv i dagligdagen samt forekomsten af ensomhed og depression.

De valgte indikatorer skal blandt andet belyse, hvilke grupper af kronisk syge borgere der har særligt forringet helbred og livskvalitet, og resultaterne kan bruges ved tilrettelæggelse af differentierede indsatser for borgere med kronisk sygdom.

De valgte indikatorer er følgende:

- Helbredsrelateret livskvalitet (opgjort ved SF-12)
- Nedsat arbejdsevne (16-64 år)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år)
- Svær ensomhed
- Depression

Hvis ikke andet er angivet, opgøres indikatorerne for personer på 16 år og derover med kronisk sygdom. De enkelte indikatorer vil blive nærmere introduceret i forbindelse med analyserne.

Helbredsrelateret livskvalitet (SF-12) blandt personer med kronisk sygdom

I det følgende beskrives den helbredsrelaterede livskvalitet hos personer med kronisk sygdom ved hjælp af SF-12, der er et hyppigt anvendt PRO-mål. For en nærmere beskrivelse af SF-12 se kapitel 7.

På de kommende sider vises SF-12-profiler for personer med hver af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017* (figur 9.31).

Formålet er at tegne et billede af den helbredsrelaterede livskvalitet blandt forskellige kronikergrupper i befolkningen.

For hver sygdom er personerne opdelt i to grupper: *Monosyge*, defineret som personer, der kun har den pågældende sygdom ud af de 17 sygdomme, og *multisyge*, defineret som personer, der har en eller flere af de 17 sygdomme ud over den pågældende sygdom. Eksempelvis: SF-12-profilen for diabetes viser den helbredsrelaterede livskvalitet for personer med diabetes. Disse personer er opdelt i to grupper: De *monosyge*, som kun har diabetes og ikke nogen af de andre kroniske sygdomme, og de *multisyge*, som har diabetes samt en eller flere af de andre sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*

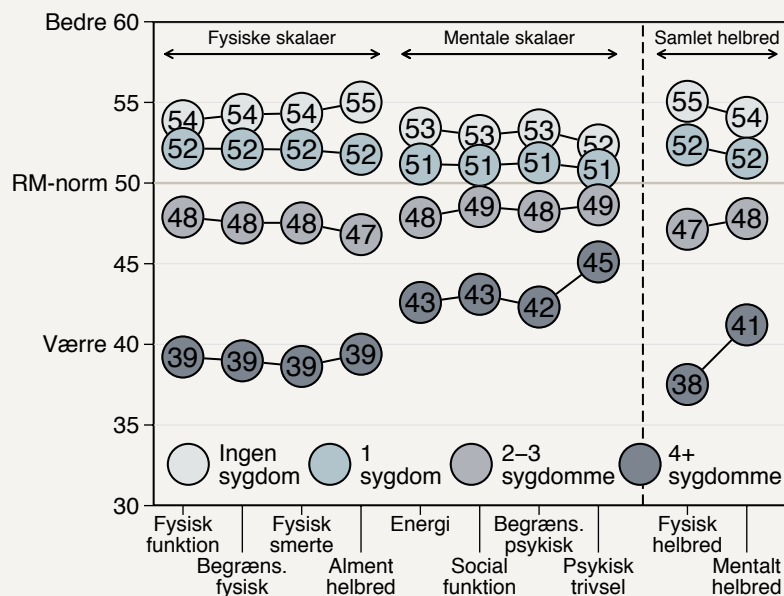
Formålet med opdelingen i monosyge og multisyge er at vise forskellen i helbredsrelateret livskvalitet hos personer med én specifik sygdom, alt efter om der er tale om et enkelt sygdomsbillede med kun den ene sygdom eller et mere komplekst sygdomsbillede med flere samtidige kroniske sygdomme.

Ved hver af de 17 SF-12-profiler er desuden vist gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland (RM-norm = 50). Da RM-normen er beregnet for hele befolkningen, omfatter den både personer uden kronisk sygdom, personer med kun én kronisk sygdom og multisyge personer. Figur 9.30 viser SF-12-profiler, hvor befolkningen er opdelt efter antallet af kroniske sygdomme.

I figur 9.30 ses det tydeligt, hvordan personer uden kronisk sygdom eller med kun én kronisk sygdom scorer højere på alle SF-12-skalaer end gennemsnittet i befolkning, illustreret ved RM-normen. Multisyge personer med to til tre kroniske sygdomme eller fire eller flere kroniske sygdomme scorer lavere end RM-normen. Figuren viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet, både i forhold til fysisk og mentalt helbred, bliver dårligere i takt med et stigende antal kroniske sygdomme, selv om der ikke i figuren skelnes mellem, hvilke sygdomme det drejer sig om. Der er dog store forskelle mellem SF-12-profilerne ved de forskellige

Figur 9.30

Helbredsrelateret livskvalitet målt ved SF-12 fordelt efter antallet af kroniske sygdomme



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

kroniske sygdomme, og nogle sygdomme er generelt forbundet med dårligere helbredsrelateret livskvalitet end andre. Dette fremgår af figur 9.31.

Ved den følgende gennemgang af SF-12-profilerne for de 17 kroniske sygdomme tolkes forskelle mellem skalaværdier ud fra effektstørrelse (jf. beskrivelsen i kapitel 7). Til vurdering af effektstørrelse anvendes Cohens *d*. Anvendt på SF-12's normbaserede skalaer med et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10 for hele befolkningen er en forskel:

- *Lille*, hvis den er på 2-4,9 point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er lidt bedre/dårligere)
- *Moderat*, hvis den er på 5-7,9 point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er moderat bedre/dårligere)
- *Stor*, hvis den er på 8 eller flere point (gruppens helbredsrelaterede livskvalitet er meget bedre/dårligere)

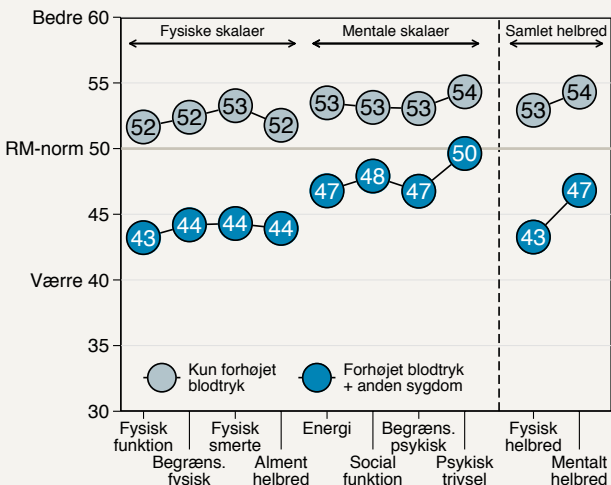
Som nævnt i kapitel 7 er det desuden blevet foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencebefolkning er klinisk og praktisk relevant (43).

Der fokuseres i gennemgangen af SF-12-profilerne på den helbredsrelaterede livskvalitet opgjort på baggrund af de to samlede helbredsskalaer *fysisk helbred* og *mentalt helbred*, mens forskelle og afvigelser på de otte specifikke helbredsskalaer ikke omtales. Dette gøres af hensyn til overskueligheden i præsentationen af resultaterne. Mere detaljeret information om den helbredsrelaterede livskvalitet hos specifikke sygdomsgrupper kan aflæses i de forskellige SF-12-profiler i figur 9.31. Læseren opfordres derfor til at studere de enkelte SF-12-profiler nøjere.

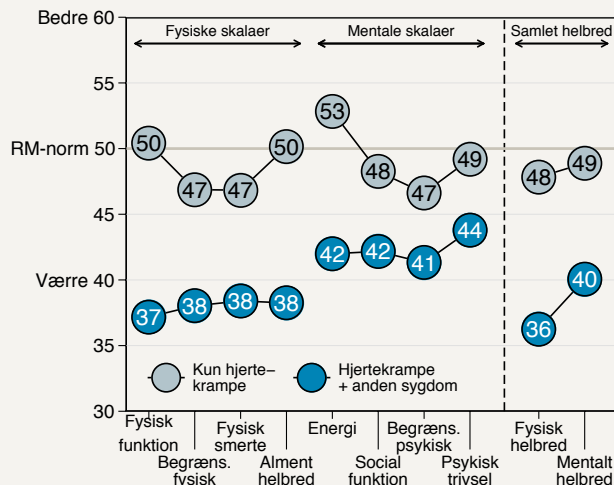
I det følgende beskrives SF-12-profilerne for personer med hver af de 17 kroniske sygdomme. Først gennemgås den helbredsrelaterede livskvalitet hos de monosyge. Dernæst gennemgås den helbredsrelaterede livskvalitet hos de multisyge. I begge tilfælde sammenlignes den helbredsrelaterede livskvalitet med gennemsnittet for hele befolkningen (RM-normen). Efterfølgende beskrives forskellene i helbredsrelateret livskvalitet mellem monosyge og multisyge.

Figur 9.31
SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

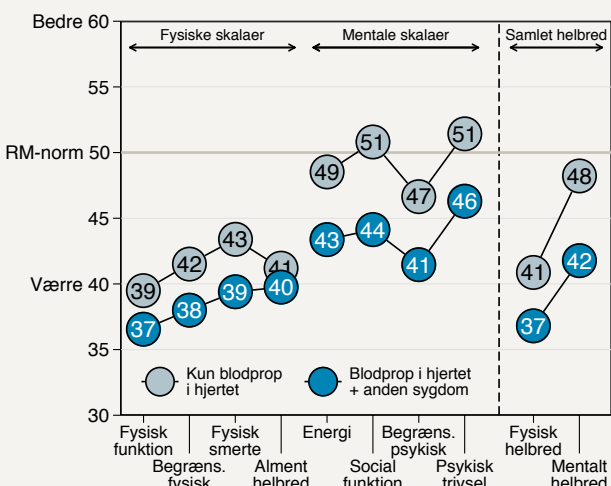
Forhøjet blodtryk



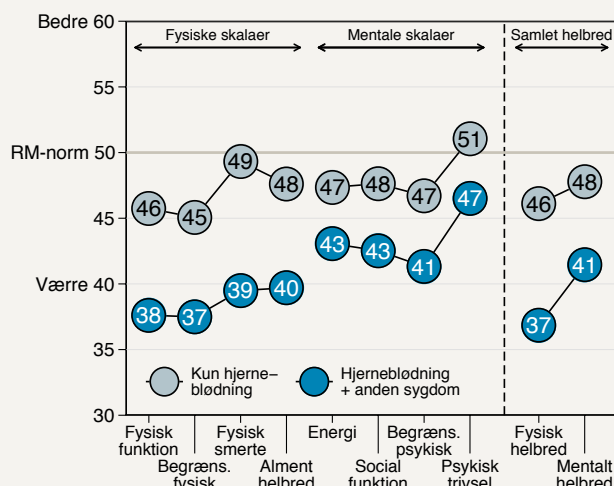
Hjertekrampe



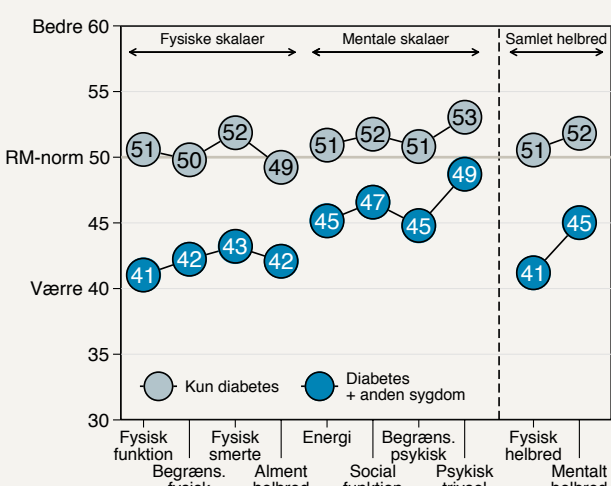
Blodprop i hjertet



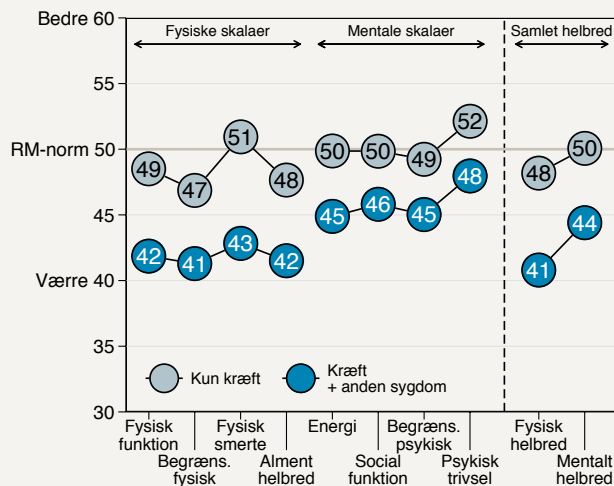
Hjerneblødning, blodprop i hjernen



Diabetes



Kræft

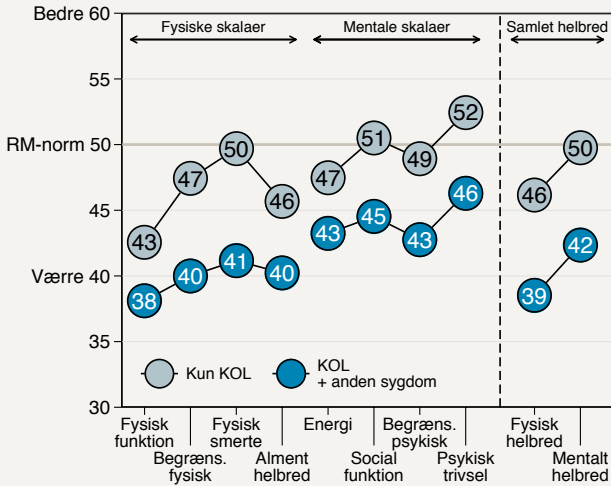


RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

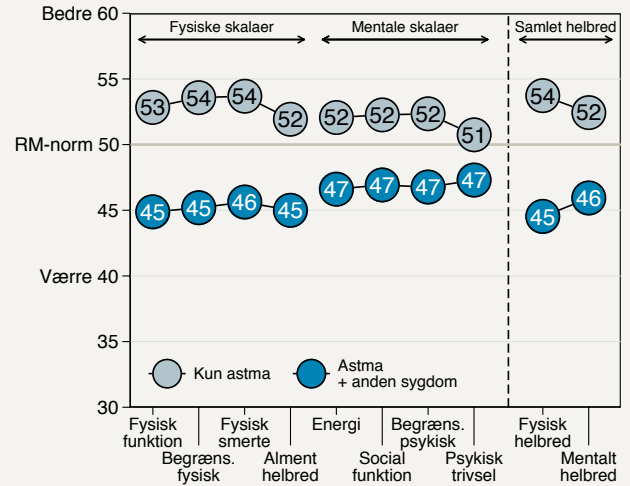
Figur 9.31 fortsat

SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

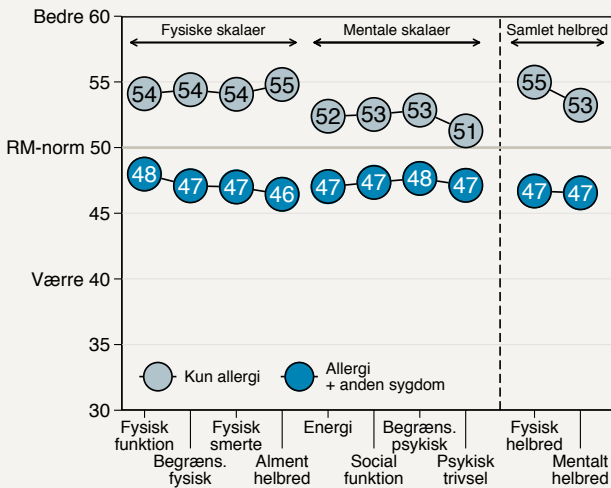
KOL



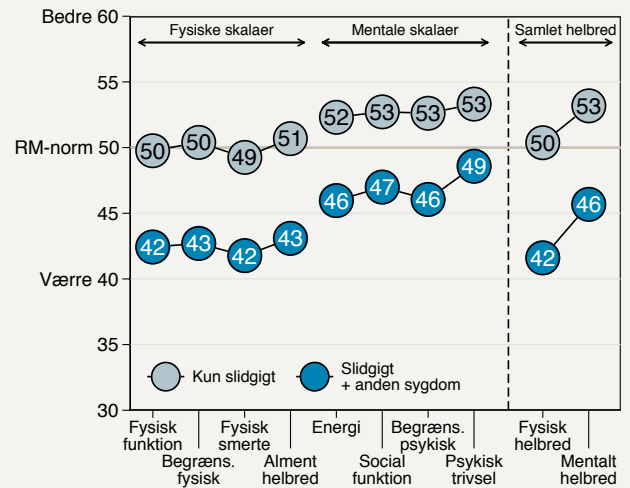
Astma



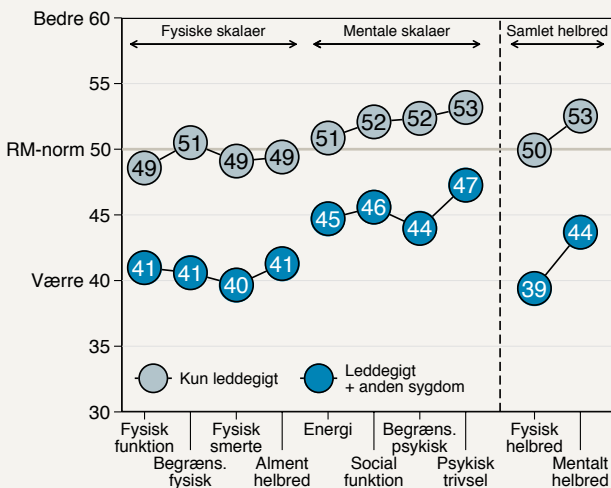
Allergi



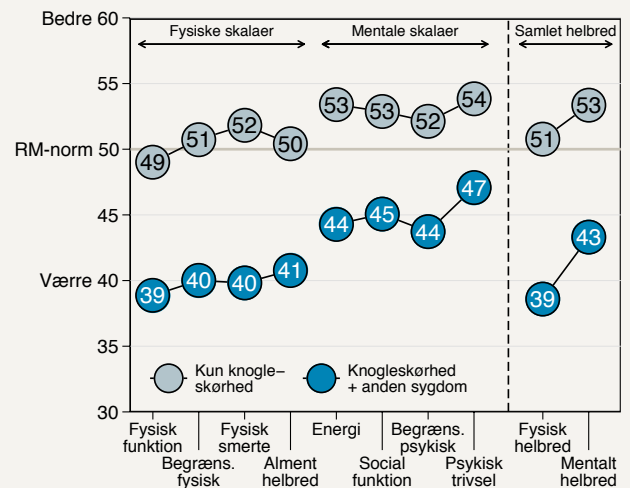
Slidgigt



Leddegigt



Knogleskørhed



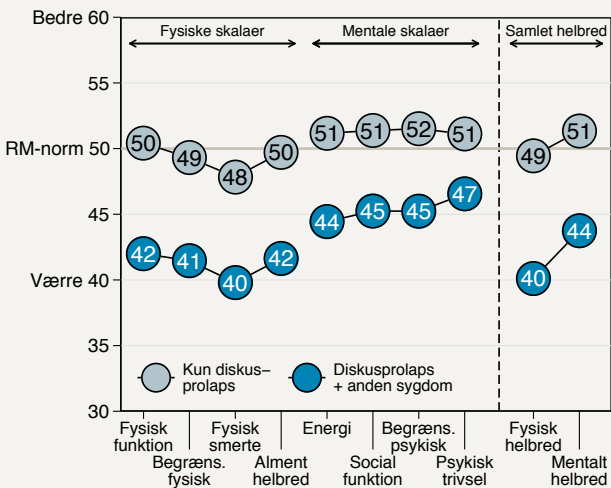
RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland



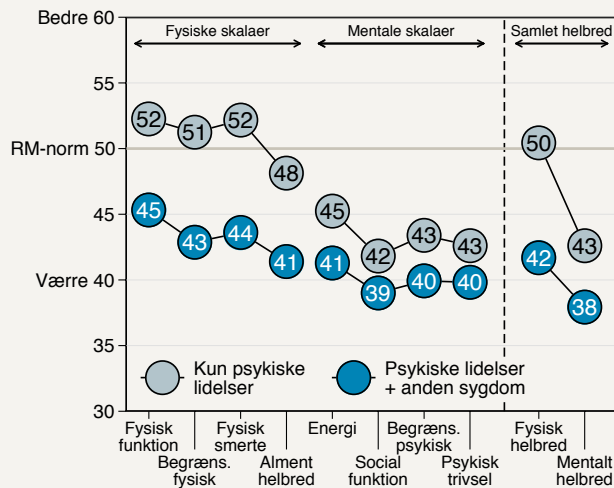
Figur 9.31 fortsat

SF-12-profiler for hver kronisk sygdom opdelt på monosyge og multisyge

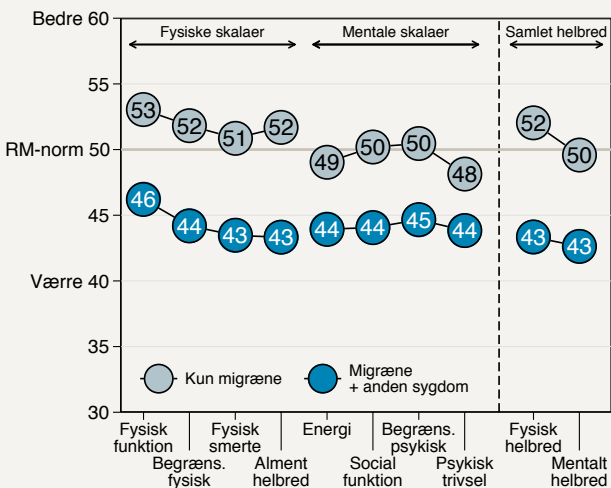
Diskusprolaps, andre rygsygdomme



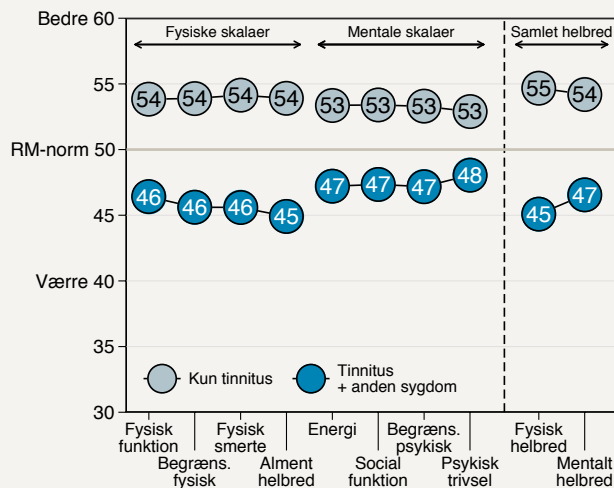
Psykiske lidelser



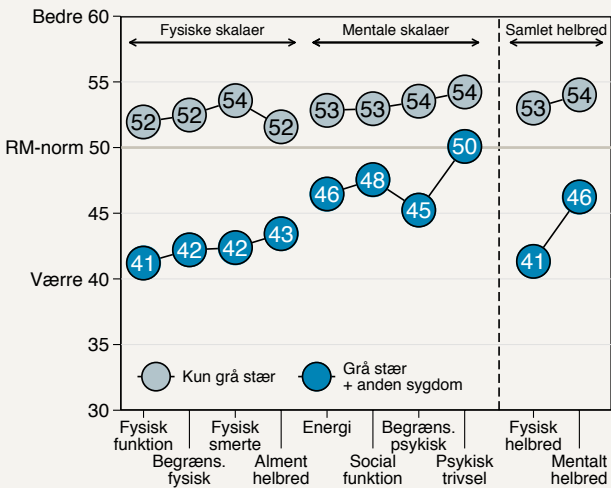
Migræne, hyppig hovedpine



Tinnitus



Grå stær



RM-norm 50: Gennemsnittet for Region Midtjylland

SF-12-profiler for personer, der kun har én kronisk sygdom (monosyge)

Af figur 9.31 fremgår det, at personer, der kun har én kronisk sygdom (monosyge), har et bedre fysisk og mentalt helbred end personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge). Det gør sig gældende på tværs af alle 17 SF-12-profiler for kronisk syge.

Det er desuden værd at bemærke, at der blandt de monosyge er stor variation i SF-12-profilerne på tværs af de 17 kroniske sygdomme. Det ses tydeligt, når man sammenligner de 17 grupper af monosyge med befolkningen generelt i Region Midtjylland (RM-normen).

Samlet fysisk helbred blandt de 17 grupper af monosyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 1 gruppe har et *moderat bedre* fysisk helbred end befolkningen generelt (allergi).
- 5 grupper har et *lidt bedre* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: tinnitus, astma, grå stær, forhøjet blodtryk og migræne eller hyppig hovedpine).
- 7 grupper *adskiller sig ikke* i fysisk helbred fra befolkningen generelt (højeste til laveste score: knogleskørhed, diabetes, psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og kræft).
- 3 grupper har et *lidt dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: hjertekrampe, KOL og hjerneblødning/blodprop i hjernen).
- 1 gruppe har et *meget dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (blodprop i hjertet).

Den største forskel i det samlede fysiske helbred ses mellem gruppen udelukkende med allergi og gruppen udelukkende med blodprop i hjertet. Med et gennemsnit på henholdsvis 55,0 og 40,9 point er forskellen på 14,1 point, hvilket viser, at der er meget markante forskelle i det fysiske helbred mellem personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ovenstående viser, at personer, der udelukkende har én af de 17 kroniske sygdomme, gennemsnitligt set har et fysisk helbred, der enten er bedre end eller lige så godt som det fysiske helbred blandt befolkningen generelt. Kun ved KOL og tre hjerte-kar-sygdomme har grupperne med en enkelt sygdom et fysisk hel-

bred, der er dårligere end hos befolkningen generelt. Særligt gruppen med blodprop i hjertet har et meget dårligere fysisk helbred, selv om de kun har den ene sygdom.

Samlet mentalt helbred blandt de 17 grupper af monosyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 8 grupper har et *lidt bedre* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: forhøjet blodtryk, tinnitus, grå stær, knogleskørhed, allergi, slidgigt, leddegigt og astma).
- 7 grupper *adskiller sig ikke* i mentalt helbred fra befolkningen generelt (højeste til laveste score: diabetes, diskusprolaps eller andre rygssygdomme, kræft, KOL, migræne eller hyppig hovedpine, hjertekrampe og blodprop i hjertet).
- 1 gruppe har et *lidt dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (hjerneblødning/blodprop i hjernen).
- 1 gruppe har et *moderat dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (psykiske lidelser).

Den største forskel i det samlede mentale helbred ses mellem gruppen udelukkende med forhøjet blodtryk og gruppen udelukkende med psykiske lidelser. Med et gennemsnit på henholdsvis 54,3 og 42,6 point er forskellen mellem de to grupper på 11,7 point. Dermed ses der også meget markante forskelle i det mentale helbred mellem personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ligesom ved det fysiske helbred ses det også ved det mentale helbred, at langt hovedparten af grupper med én kronisk sygdom enten har et bedre mentalt helbred end befolkningen generelt eller ikke adskiller sig fra befolkningen. Kun grupperne med henholdsvis hjerneblødning/blodprop i hjernen og psykiske lidelser har et dårligere mentalt helbred end befolkningen generelt. Særligt gruppen udelukkende med psykiske lidelser adskiller sig – ikke overraskende – ved at være den gruppe af monosyge, der har det dårligste mentale helbred.

Forskel mellem samlet fysisk helbred og samlet mentalt helbred for hver monosyg gruppe

- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat bedre* end det mentale helbred (psykiske lidelser).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *lidt bedre* end det mentale helbred (migræne eller hyppig hovedpine).

- 4 grupper har et fysisk helbred, der er *lidt dårligere* end det mentale helbred (knogleskørhed, leddegigt, slidgigt og KOL).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat dårligere* end det mentale helbred (blodprop i hjertet).
- Ved de resterende 10 grupper med monosyge ses der ikke nogen forskel i det samlede fysiske og mentale helbred, vurderet ud fra effektstørrelse.

Opgørelserne viser, at der for de fleste grupper med kun en enkelt sygdom ikke er nogen betydelig forskel mellem deres fysiske helbred og deres mentale helbred. Kun to grupper har et fysisk helbred, der er bedre end det mentale, nemlig personer med psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine. I begge tilfælde er det sygdomme, der forekommer hyppigere blandt unge og midaldrende personer end i befolkningen generelt (jf. figur 9.22). Fem grupper har et fysisk helbred, der er dårligere end det mentale helbred, nemlig personer med blodprop i hjertet, KOL og muskel-skelet-sygdommene knogleskørhed, leddegigt og slidgigt. Alle fem sygdomme forekommer hyppigere blandt personer på 55 år og derover (jf. figur 9.22).

SF-12-profiler for personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge)

Af figur 9.31 ses det, at de 17 grupper af personer, der har to eller flere kroniske sygdomme (multisyge), har et fysisk og mentalt helbred, der er dårligere end i grupperne med monosyge. Alle grupper af multisyge har også et dårligere fysisk og mentalt helbred end befolkningen generelt.

Derudover er det værd at bemærke, at der ligesom ved de 17 grupper udelukkende med én kronisk sygdom også er en stor variation i SF-12-profilerne på tværs af de 17 multisyge grupper.

Samlet fysisk helbred blandt de 17 grupper af multisyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 2 grupper har et *lidt dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: allergi og tinnitus).
- 3 grupper har et *moderat dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: astma, forhøjet blodtryk og migræne/hyppig hovedpine).

- De resterende 12 grupper har et *meget dårligere* fysisk helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: psykiske lidelser, slidgigt, grå stær, diabetes, kræft, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, leddegigt, knogleskørhed, KOL, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og hjertekrampe).

Den største forskel i det samlede fysiske helbred mellem de multisyge grupper ses mellem multisyge med allergi og multisyge med hjertekrampe. Med et gennemsnit på henholdsvis 46,7 og 36,3 point er forskellen mellem de to grupper på 10,4 point. Det betyder, at der er markante forskelle i det fysiske helbred mellem multisyge personer med forskellige kroniske sygdomme.

Ovenstående viser endvidere, at alle multisyge grupper har et samlet fysisk helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed, og at hovedparten af grupperne har et fysisk helbred, der er meget dårligere end i befolkningen generelt. De 12 grupper med meget dårligere helbred omfatter multisyge med psykiske lidelser, de fire muskel-skelet-sygdomme, grå stær eller potentielt livstruende sygdomme i form af diabetes, kræft, KOL og hjerte-kar-sygdomme med undtagelse af forhøjet blodtryk. Multisyge med hjerte-kar-sygdomme har de laveste fysiske helbredsscorer blandt alle sygdomsgrupperne.

Samlet mentalt helbred blandt de 17 grupper af multisyge sammenlignet med befolkningen generelt

- 6 grupper har et *lidt dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: forhøjet blodtryk, allergi, tinnitus, grå stær, astma og slidgigt).
- 7 grupper har et *moderat dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: diabetes, kræft, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, leddegigt, knogleskørhed, migræne eller hyppig hovedpine og KOL).
- 4 grupper har et *meget dårligere* mentalt helbred end befolkningen generelt (højeste til laveste score: blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og psykiske lidelser).

Den største forskel i det samlede mentale helbred mellem de 17 grupper af multisyge ses mellem gruppen med forhøjet blodtryk og gruppen med psykiske

lidelser. Med et gennemsnit på henholdsvis 46,8 point og 37,9 point er forskellen på 8,9 point, hvilket er en stor forskel.

Ligesom ved det fysiske helbred ses det, at samtlige grupper af multisyge har et mentalt helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed. Dog er der færre grupper, hvor det samlede mentale helbred er meget dårligere end i befolkningen, end det var tilfældet med det samlede fysiske helbred. De fire grupper med det dårligste mentale helbred omfatter multisyge med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og psykiske lidelser. Multisyge med hjerte-kar-sygdommene blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og hjertekrampe tilhører således grupperne med både dårligst fysisk helbred og dårligst mentalt helbred. Gruppen med psykiske lidelser og multisygdom har den laveste mentale helbredsscore blandt alle repræsenterede grupper af kronisk syge.

Forskel mellem samlet fysisk helbred og samlet mentalt helbred for hver gruppe af multisyge

- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *lidt bedre* end det mentale helbred (psykiske lidelser).
- Ved 4 grupper er der ikke nogen forskel i det samlede fysiske og mentale helbred (migræne eller hyppig hovedpine, allergi, astma og tinnitus).
- 1 gruppe har et fysisk helbred, der er *moderat dårligere* end det mentale helbred (blodprop i hjertet).
- De resterende 11 grupper har et fysisk helbred, der er *lidt dårligere* end det mentale helbred.

Opgørelserne viser, at hovedparten af grupper af multisyge har et dårligere fysisk helbred end mentalt helbred, om end begge dele er dårligere hos multisyge sammenlignet med befolkningen som helhed. Kun i gruppen af personer med psykiske lidelser og multisygdom er det fysiske helbred bedre end det mentale.

SF-12-profiler for hver kronisk sygdom (monosyge vs. multisyge)

I ovenstående analyser er der redegjort for variationen i fysisk og mentalt helbred mellem de 17 grupper af monosyge og tilsvarende mellem de 17 grupper af multisyge. Grupperne er ligeledes sammenlignet med befolkningen som helhed.

I det følgende redegøres der for, hvor store forskelle der er i henholdsvis det fysiske og mentale helbred mellem monosyge og multisyge ved hver af de 17 sygdomme. Er der eksempelvis stor forskel i den helbredsrelaterede livskvalitet hos personer udelukkende med leddegigt sammenlignet med personer med leddegigt plus en eller flere andre kroniske sygdomme? Og er der størst forskel på det fysiske helbred eller det mentale helbred?

Forskel i samlet fysisk helbred mellem monosyge og multisyge for hver af de 17 sygdomme

- Ved 1 gruppe er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *lidt dårligere* end i den monosyge gruppe (blodprop i hjertet).
- Ved 2 grupper er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *moderat dårligere* end i den monosyge gruppe (kræft og KOL).
- Ved de resterende 14 grupper er det fysiske helbred i den multisyge gruppe *meget dårligere* end i den monosyge gruppe.

Den mindste forskel i fysisk helbred ses således blandt personer med blodprop i hjertet, hvor personer kun med blodprop har en score på 40,9 point, mens personer med blodprop i hjertet og én eller flere andre sygdomme har en score på 36,8 point. Forskellen viser, at personer med andre sygdomme ud over blodprop i hjertet kun har et lidt dårligere helbred end personer, der udelukkende har blodprop i hjertet. Forklaringen skal findes i, at de monosyge med blodprop i hjertet er en patientgruppe, der allerede har et meget dårligt fysisk helbred, til trods for at der ikke er andre samtidige sygdomme.

Den største forskel i fysisk helbred ses blandt personer med knogleskørhed, hvor personer udelukkende med knogleskørhed har en score på 50,8 point, mens personer med knogleskørhed og én eller flere andre sygdomme har en score på 38,6 point, en forskel på 12,2 point. Det viser, at multisyge personer med knogleskørhed gennemsnitligt set har et meget dårligere fysisk helbred sammenlignet med personer, der ikke har andre sygdomme end knogleskørhed.

Den samlede opgørelse tydeliggør, at personer med en kronisk sygdom generelt har et dårligere fysisk helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske

sygdomme frem for at stå alene, og at hovedparten af de multisyge har et meget dårligere helbred sammenlignet med de monosyge. Ved alle andre sygdomme end blodprop i hjertet er forskellene mellem de monosyge og de multisyge større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk relevante.

Forskel i samlet mentalt helbred mellem monosyge og multisyge for hver af de 17 sygdomme

- Ved 1 gruppe er det mentale helbred i den multisyge gruppe *lidt dårligere* end i den monosyge gruppe (psykiske lidelser).
- Ved 3 grupper er det mentale helbred i den multisyge gruppe *meget dårligere* end i den monosyge gruppe (knogleskørhed, hjertekrampe og leddegigt).
- Ved de resterende 13 grupper er det mentale helbred i den multisyge gruppe *moderat dårligere* end i den monosyge gruppe.

Den mindste forskel i mentalt helbred ses blandt personer med psykiske lidelser, hvor personer udelukkende med psykiske lidelser har en score på 42,6 point, mens personer med psykiske lidelser og én eller flere andre sygdomme har en score på 37,9 point. En forskel på 4,7 point, som viser, at det mentale helbred er lidt dårligere blandt de multisyge. Den lille forskel skal ses i lyset af, at de monosyge med psykiske lidelser er en patientgruppe, der har et betydeligt nedsat mentalt helbred, til trods for at der ikke er andre samtidige sygdomme.

Den største forskel i mentalt helbred ses ved knogleskørhed, hvor personer kun med knogleskørhed har en score på 53,4 point, mens personer med knogleskørhed og én eller flere andre sygdomme har en score på 43,3 point. Der er således en stor forskel mellem grupperne på 10,1 point. Multisyge med knogleskørhed har dermed både et meget dårligere fysisk helbred og et meget dårligere mentalt helbred sammenlignet med personer, der ikke har andre sygdomme end knogleskørhed.

Ovenstående opgørelse viser, at personer med en kronisk sygdom generelt har et dårligere mentalt helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Ved alle sygdommene, undtagen psykiske lidelser, er forskellene mellem de monosyge og de multisyge større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk

relevante. Dog er der tale om moderate forskelle ved hovedparten af tilfældene og ikke store forskelle, som det hovedsagligt var tilfældet med det fysiske helbred. Kun ved knogleskørhed, hjertekrampe eller leddegigt er det mentale helbred meget dårligere blandt de multisyge sammenholdt med de monosyge.

Sammenfatning af SF-12-profiler for personer med kronisk sygdom

Langt hovedparten med én kronisk sygdom har et fysisk og mentalt helbred, der enten er bedre eller lige så godt som i befolkningen generelt opgjort ved hjælp af SF-12's to samlede helbredsskalaer *fysisk helbred* og *mentalt helbred*. Man bør her huske på, at fire ud af ti personer i hele befolkningen er multisyge. Kun personer med KOL eller en af hjerte-kar-sygdommene (hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller blodprop i hjertet) har et fysisk helbred, der er dårligere end i befolkningen generelt. Særligt personer med blodprop i hjertet har et meget dårligere fysisk helbred, selv om de kun har den ene sygdom. Kun personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen eller psykiske lidelser har et dårligere mentalt helbred end befolkningen generelt. Særligt personer med psykiske lidelser adskiller sig – ikke uventet – ved at have det dårligste mentale helbred.

I modsætning til grupper med kun én kronisk sygdom har samtlige grupper af multisyge et både fysisk og mentalt helbred, der er dårligere end i befolkningen som helhed. Multisyge med psykiske lidelser, en af de fire muskel-skelet-sygdomme, grå stær, diabetes, kræft, KOL, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller hjertekrampe har alle et fysisk helbred, der er meget dårligere end i befolkningen generelt. De tre sidstnævnte grupper med en hjerte-kar-sygdom og én eller flere andre sygdomme har det dårligste fysiske helbred blandt alle grupper med kroniske sygdomme. De har ligeledes et mentalt helbred, der er meget dårligere end i befolkningen som helhed. Det gælder også gruppen med psykiske lidelser og én eller flere andre sygdomme, som har det dårligste mentale helbred af alle sygdomsgrupperne. Samlet set er der en større andel blandt personer, der er multisyge, hvor det fysiske helbred er meget dårligere sammenlignet med befolkningen, end hvor det mentale helbred er meget dårligere sammenlignet med befolkningen.

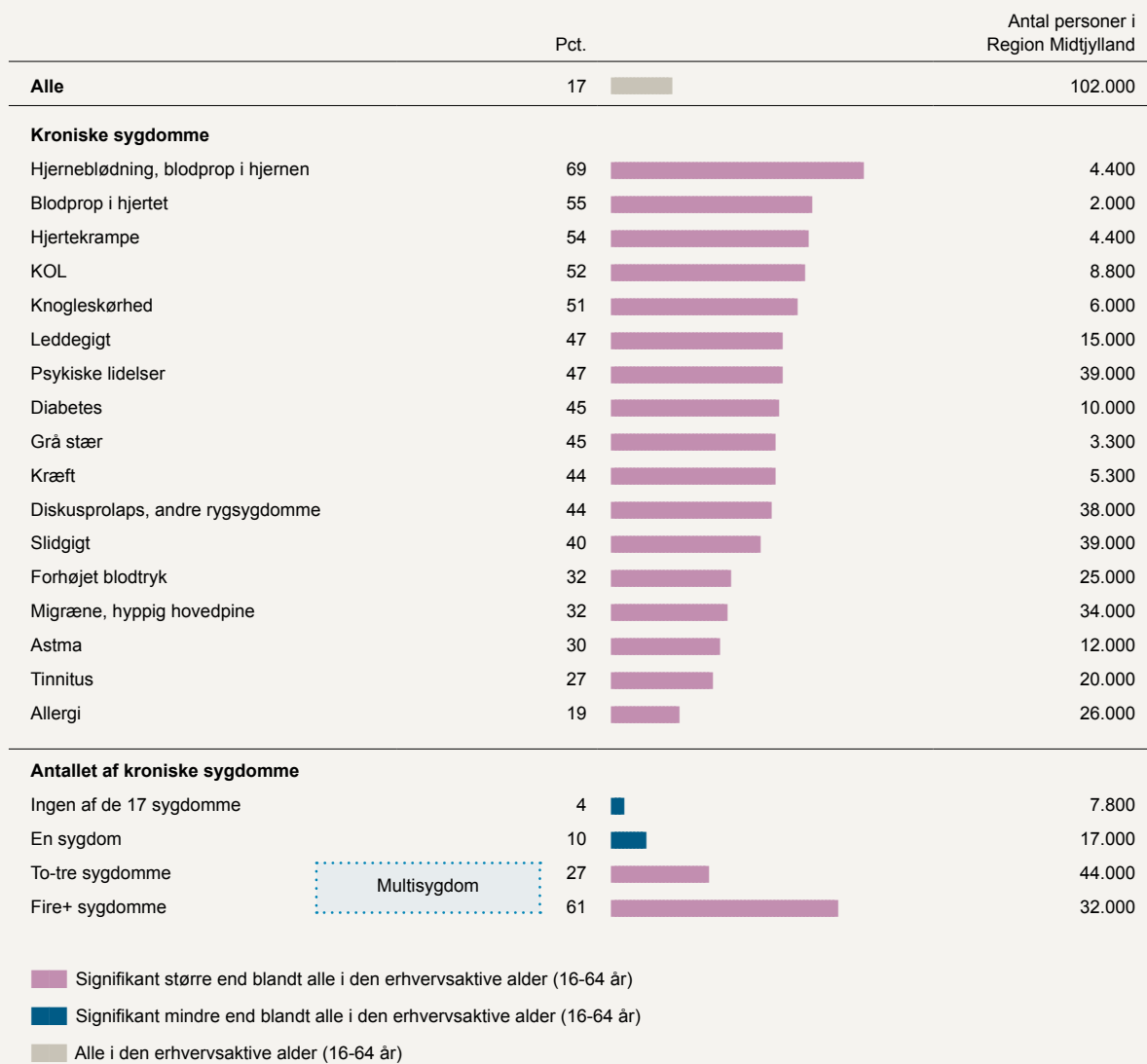
Analyserne viser, at personer med en kronisk sygdom både har et dårligere fysisk helbred og et dårligere mentalt helbred, hvis sygdommen ledsages af andre kroniske sygdomme frem for at stå alene. Ved alle kroniske sygdomme, undtagen blodprop i hjertet, kræft og KOL, har multisyge i gennemsnit et meget dårligere fysisk helbred end monosyge. Det mentale helbred er derimod moderat dårligere hos de multisyge sammenlignet med de monosyge ved alle 17 sygdomme, undtagen knogleskørhed, hjertekrampe og leddegigt, hvor det mentale helbred er meget dårligere blandt multisyge, og psykiske lidelser, hvor det mentale helbred er lidt dårligere blandt multisyge end monosyge.

Alle forskelle mellem monosyge og multisyge er større end 5 point, hvormed de vurderes at være klinisk og praktisk relevante. De eneste undtagelser er ved blodprop i hjertet, hvor monosyge har et så dårligt fysisk helbred, at helbredet blandt de multisyge kun er lidt dårligere (4,7 point), og tilsvarende ved psykiske lidelser, hvor monosyge har et så dårligt mentalt helbred, at helbredet blandt de multisyge kun er lidt dårligere (4,7 point).

Der kan være mange årsager til den variation i helbredsrelateret livskvalitet, som SF-12-profilerne viser mellem de forskellige befolkningsgrupper med en eller flere kroniske sygdomme. Ud over sygdommene i sig selv spiller blandt andet alder, sociale forhold og sundhedsvaner en rolle for den helbredsrelaterede livskvalitet. Uanset de bagvedliggende årsager peger SF-12-profilerne på særlige udfordringer i den helbredsrelaterede livskvalitet, som gør sig gældende for kronisk syge og her især for multisyge. Disse udfordringer er vigtige at tage i betragtning, når forebyggelse, behandling og rehabiliteringsindsatser skal planlægges for personer med kronisk sygdom.

Figur 9.32

En del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer i den erhvervsaktive alder (16-64 år) – kroniske sygdomme og multisygdom



Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom

I det følgende beskrives sammenhængen mellem kronisk sygdom og nedsat arbejdsevne hos personer i alderen 16-64 år.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder er nedsat arbejdsevne generelt forbundet med øget risiko for længerevarende sygefravær og førtidspensionering (44). Derudover er graden af nedsat arbejdsevne ligeledes en prædiktor for øget sygefravær, idet personer, der i højere grad føler, at deres arbejdsevne er nedsat, har mere sygefravær end gennemsnittet (45). Endvidere tyder forskning på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel for personer med nedsat arbejdsevne (46). Der er derfor et sundhedsmæssigt potentiale i at kunne understøtte personer med nedsat arbejdsevne i at have en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kronisk sygdom er i høj grad medvirkende til at skubbe folk ud af arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant at belyse, hvilke grupper af de kronisk syge der i særlig grad vurderer deres arbejdsevne som nedsat. Formålet er at kunne understøtte initiativer, der kan hjælpe personer med kronisk sygdom til at opretholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der kan være mange årsager til, at en person har nedsat arbejdsevne. Nogle årsager kan være mere synlige for omverdenen end andre, ligesom nogle årsager kan have større konsekvenser for én person end for en anden person. Årsagerne kan også være rent fysisk betingede, rent psykiske eller en kombination. Det er personens egen vurdering af sit fysiske, sociale og mentale helbred samlet set, der – i kombination med krav og forventninger til arbejdsudførelsen – afgør, om personen føler, at arbejdsevnen er nedsat – og i så fald i hvor høj grad.

Der er i *Hvordan har du det? 2017* spurgt til nedsat arbejdsevne med spørgsmålet: "Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, ikke nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.". Spørgsmålet har følgende svarmuligheder: 'Nej', 'Ja, en smule', 'Ja, en del' og 'Ja, meget'.

I det følgende fokuseres der på personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne. Der er 17 % blandt de 16-64-årige, som har en del eller meget nedsat arbejdsevne (ca. 102.000 personer), jf. figur 9.32. Der er desuden 17 %, som føler, at deres arbejdsevne er nedsat en smule (ikke vist).

Af figur 9.32 fremgår andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

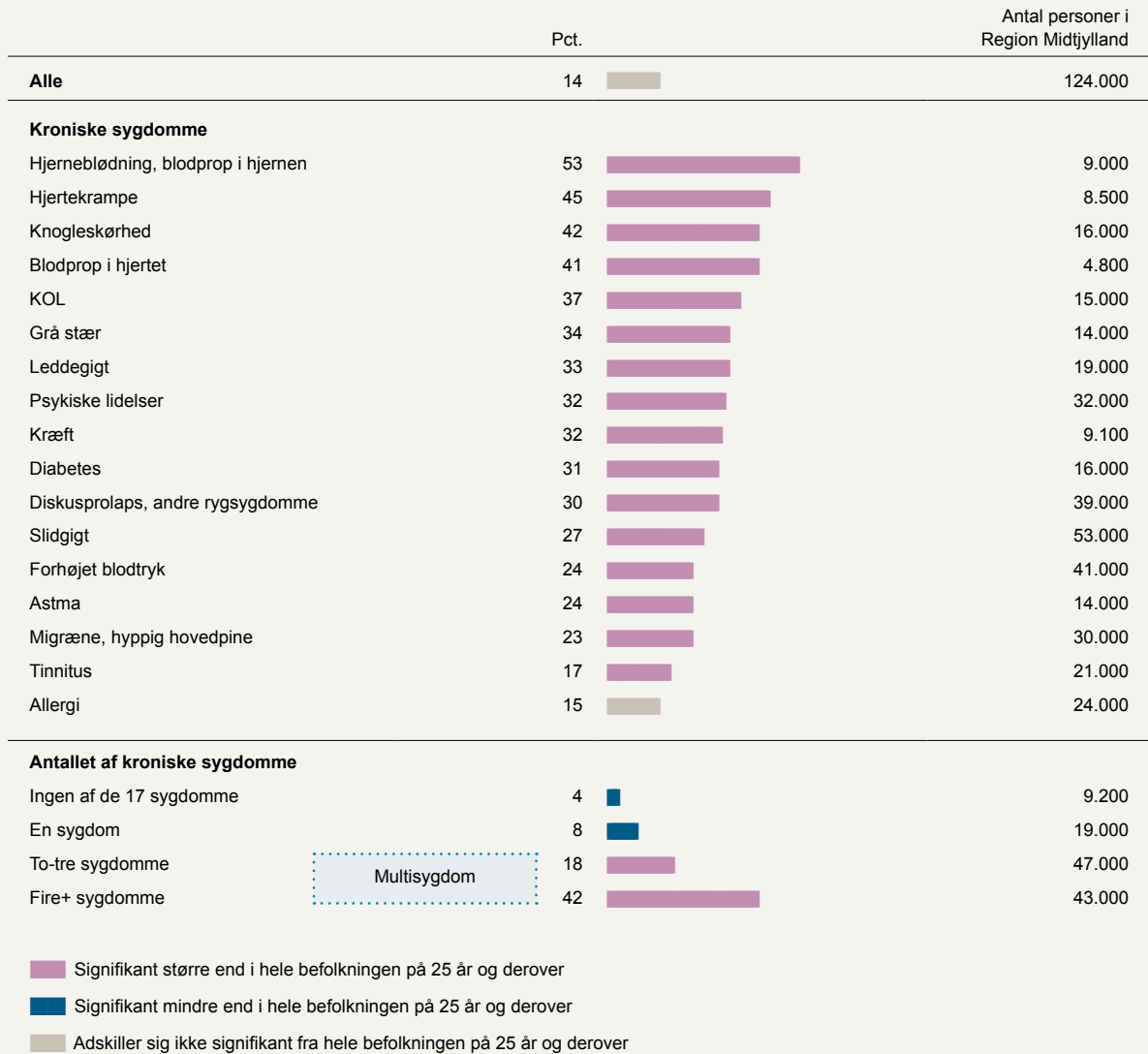
Der ses en meget markant sammenhæng mellem forekomst af kronisk sygdom og andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne. Ved alle 17 sygdomme ses en signifikant større andel end blandt alle 16-64-årige i regionen. Andelen varierer fra 19 % blandt personer med allergi til 69 % blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Hvis man ser på antallet af personer med nedsat arbejdsevne, er det tydeligt, at særligt personer med psykiske lidelser, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, slidgigt og migræne eller hyppig hovedpine udgør en stor andel. Dette billede stemmer overens med den viden, der er omkring typiske årsager til sygefravær og tilkendelser af førtidspension (47-48). Derudover ses det også, at der blandt personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne er et betragteligt antal personer med forhøjet blodtryk, tinnitus eller allergi.

Figur 9.32 viser også, at der er en meget markant stigning i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne i takt med et stigende antal kroniske sygdomme. Andelen varierer fra 4 % blandt personer med ingen sygdomme til 61 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Ser man på antallet af personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne, har ca. tre ud af fire personer multisygdom.

Figur 9.33

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom



Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom

I dette afsnit opgøres andelen af befolkningen på 25 år og derover med kronisk sygdom, der har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

I *Hvordan har du det? 2017* er behovet for hjælp undersøgt ved brug af et såkaldt ADL-mål, hvor ADL står for *Activities of Daily Living*, på dansk betegnet som almindelig daglig levevis (49). Med målet opgøres det, hvor stor en andel der på grund af deres helbred har brug for hjælp til en eller flere af i alt ti hverdagsaktiviteter fra indkøb og rengøring til at spise, klæde sig på og vaske sig. Brug for hjælp til at gå til læge er f.eks. også indeholdt heri.

Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover.

Det fremgår af figur 9.33, at 14 % af befolkningen på 25 år og derover har brug for hjælp til at klare sine daglige gøremål, og at der er en markant sammenhæng mellem kronisk sygdom og behov for hjælp.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen personer med allergi. Blandt sygdommene med en større andel varierer andelen fra 17 % hos personer med tinnitus til 53 % hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Af figur 9.2 fremgik det, at der ud af de 17 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?* var syv sygdomme, hvor 90 % eller flere med de pågældende sygdomme havde multisygdom. Det er de samme syv sygdomme, som ligger øverst i figur 9.33, med den største andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål.

Tre af de fire sygdomme, hvor der er de største andele med brug for hjælp, udgøres af hjerte-kar-sygdommene hjerneblødning/blodprop i hjernen, hjertekrampe og blodprop i hjertet. De foregående SF-12-profiler viste, at særligt multisyge blandt disse sygdomsgrupper havde et meget dårligere helbred både fysisk og mentalt sammenlignet med hele befolkningen.

Af figur 9.33 ses det også, at andelen med brug for hjælp til dagligdagens gøremål stiger markant med antallet af kroniske sygdomme – fra 4 % blandt personer uden kronisk sygdom til 42 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Ser man på antallet af personer, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, er det ca. 124.000 personer på 25 år og derover i regionen. I runde tal har knap halvdelen heraf slidgigt, hver tredje har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, hver fjerde har psykiske lidelser, og tre ud af fire har multisygdom.

Figur 9.34

Svær ensomhed og depression – kroniske sygdomme og multisygdom

	Svær ensomhed Pct.		Depression Pct.		Svær ensomhed Personer	Depression Personer
Alle	8		6		75.000	58.000
Kroniske sygdomme						
Psykiske lidelser	26		26		31.000	32.000
Hjertekrampe	13		16		2.700	3.300
Migræne, hyppig hovedpine	15		14		21.000	21.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	13		14		2.100	2.200
KOL	13		11		5.400	4.800
Blodprop i hjertet	11		11		1.200	1.300
Leddegigt	12		11		7.100	6.500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	11		10		14.000	13.000
Astma	12		10		8.100	6.700
Diabetes	9		9		4.700	4.800
Knogleskørhed	11		9		4.400	3.700
Kræft	7		9		2.000	2.500
Allergi	10		8		19.000	16.000
Tinnitus	11		7		14.000	9.400
Slidgigt	9		7		17.000	14.000
Forhøjet blodtryk	8		7		13.000	11.000
Grå stær	8		6		3.300	2.600
Antallet af kroniske sygdomme						
Ingen af de 17 sygdomme	4		2		13.000	6.500
En sygdom	7		4		18.000	12.000
To-tre sygdomme	9		8		27.000	24.000
Fire+ sygdomme	16		15		17.000	16.000
		Multisygdom				

Signifikant større end i hele befolkningen
 Signifikant mindre end i hele befolkningen
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom

I dette afsnit undersøges det, hvor stor en andel af borgerne med kronisk sygdom der lider af svær ensomhed og depression.

Depression er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (29) og øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-sygdomme, selvmord og kortere levetid (50). Depression øger desuden risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for depression (51-53).

Ensomhed er også et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (53-55). Der er forskningsmæssig dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for forhøjet blodtryk (56), hjerte-kar-sygdomme (55, 57), søvnforstyrrelse (58), smerter (59) og kortere levetid (54, 60).

Personer med kronisk sygdom, der er svært ensomme eller har en depression, er således i forhøjet risiko for negative helbredskonsekvenser, og de kan have sværere ved at følge deres behandling.

Analyserne her giver et billede af, ved hvilke af de kroniske sygdomme der er en relativt større risiko for svær ensomhed eller depression. Det er vigtigt at understrege, at analyserne ikke siger noget om årsager. Der kan være bagvedliggende biologiske eller sociale faktorer, som er årsag til både somatisk og psykisk sygdom/dårlig mental sundhed. Derudover kan somatiske sygdomme i høj grad påvirke den mentale sundhed og det mentale helbred, herunder oplevelsen af ensomhed og udvikling af psykiske lidelser som f.eks. depression, ligesom depression og ensomhed kan have negative konsekvenser for det fysiske helbred. Uanset årsagerne til den samtidige forekomst kan denne viden være nyttig ud fra et målgruppeperspektiv, idet den mentale sundhed og helbredstilstand er vigtig at have for øje ved tilrettelæggelse af indsatser for borgere med kronisk sygdom.

Svær ensomhed er i *Hvordan har du det? 2017* opgjort på baggrund af Three-Item Loneliness Scale (T-ILS). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isoleret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor (se kap. 8).

Depression måles i *Hvordan har du det? 2017* med Major Depression Inventory (MDI). MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 symptomer på depression.

I det følgende belyses forekomsten af let, moderat og svær depression under fællesbetegnelsen 'depression' (se kap. 8).

Figur 9.34 viser, at der er stor variation i andelen med svær ensomhed og depression blandt personer med forskellige kroniske sygdomme.

Sammenholdt med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der er svært ensomme, blandt personer med psykiske lidelser, hjertekrampe, migræne eller hyppig hovedpine, hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL, leddegigt, diskusprolaps eller andre ryggsygdomme, astma, knogleskørhed, allergi, tinnitus og slidgigt.

Ved disse sygdomsgrupper varierer andelen med svær ensomhed fra 9 % blandt personer med slidgigt til 26 % blandt personer med psykiske lidelser. I sidstnævnte gruppe er andelen mere end tre gange så stor som i befolkningen generelt.

Sammenholdt med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt alle sygdomsgrupperne, undtagen forhøjet blodtryk og grå stær. Blandt de 15 sygdomme med signifikant større andele varierer andelen fra 7 % hos personer med tinnitus eller slidgigt til 26 % hos personer med psykiske lidelser. Blandt de somatiske sygdomme finder man den højeste forekomst ved hjertekrampe, hvor 16 % har depression. At den største andel ses blandt personer med psykiske lidelser er forventeligt, eftersom depression er en del af dette sygdomsspektrum. Analysen viser, at én ud af fire med psykiske lidelser som minimum har depression. Derudover ses det, at andelen med depression er mere end dobbelt så stor blandt personer med hjertekrampe, migræne/hyppig hovedpine eller hjerneblødning/blodprop i hjernen end i befolkningen generelt.

Det ses endvidere af figur 9.34, at både andelen med svær ensomhed og andelen med depression stiger markant med antallet af kroniske sygdomme. Sammenholdt med befolkningen generelt er der en lavere andel med svær ensomhed og depression blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme fra *Hvordan har du det?* (henholdsvis 4 %, som føler sig svært ensomme, og 2 % med depression). Modsat er der en større andel blandt de multisygge grupper. Blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme er der 16 %, der føler sig svært ensomme, og 15 % med depression.

SEKTION 4: KONTAKTEN MED SUNDHEDSVÆSENET

Personer med kronisk sygdom er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet (4, 61). Kontakten kan eksempelvis gælde egen læge, hospitalsafdelinger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, psykologer, apoteker mv. Det kan endvidere dreje sig om kontakter til kommunale medarbejdere, idet en stor del af forebyggelses- og plejeopgaven vedrørende kroniske patienter i dag varetages af kommunerne. Særligt personer med multisygdom har typisk mange kontakter, f.eks. i form af flere hospitalsindlæggelser og flere konsultationer ved egen læge (62-63).

Den oplevede byrde ved at have en eller flere kroniske sygdomme betegnes som *sygdomsbyrden* (på engelsk *burden of illness*) og omfatter blandt andet symptomer, gener, smerter og nedsat funktionsevne. Den løbende forebyggelse, kontrol og behandling er vigtig for de kroniske patienter for at minimere sygdomsbyrden og sikre dem en så god livskvalitet som muligt på trods af deres sygdom.

At følge en ordineret behandling kan imidlertid også opleves som en byrde. Man taler her om *behandlingsbyrden* (på engelsk *burden of treatment*). Kronisk sygdom, og i særdeleshed multisygdom, kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten (4, 7, 9). Behandlingsbyrden omfatter den tid og de ressourcer, patienten bruger på at følge et behandlingsforløb. Det kan dreje sig om koordinering af aftaler, konsultationer, transport til og fra konsultationer og egenomsorgsopgaver, herunder medicinering, hjemmemonitorering, gennemførelse af livsstilsændringer mv. (8-9).

Desværre oplever mange kroniske patienter et fragmenteret og usammenhængende behandlingsforløb, særligt når der er tale om behandling af flere forskellige sygdomme (4, 7). Det øger behandlingsbyrden. Årsager hertil er blandt andet et højt specialiseret hospitalsvæsen med mangelfuld koordinering på tværs af faglige specialer og sektorer (4, 7).

Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld.

Oplevelse af behandlingsbyrde er subjektiv og afhænger af en lang række andre faktorer end behandlingsomfanget i sig selv. Dette er søgt indfanget i en teoretisk model – *den kumulative kompleksitetsmodel* – der indeholder den samlede "arbejdsbyrde", en person har, i form af sygdomsbyrde, behandlingsbyrde og forpligtelser i forhold til arbejde, familie, økonomi mv. Arbejdsbyrden afvejes i modellen mod den samlede kapacitet, som personen har, i form af fysisk og mentalt helbred, kognitive evner inkl. sundhedskompetence, økonomi, social støtte mv., til at håndtere arbejdsbyrden (64).

Modellen illustrerer, hvordan kombinationen af personens samlede arbejdsbyrde og kapacitet påvirker dens tilgang til og udnyttelse af behandlingsmuligheder og mestring af egenomsorg. Ubalancer, som opstår, når den samlede byrde overstiger den samlede kapacitet, kan føre til manglende efterlevelse af optimal behandling med forværring af helbredstilstanden til følge, hvilket kan sætte gang i en negativ spiral med endnu større arbejdsbyrde og formindsket kapacitet osv.

Der er derfor argumenteret for, at der i sundhedsvæsenet er behov for en behandlingstilgang, der i højere grad balancerer behandlingsmulighederne med patienternes egne behov og aktuelle livssituation (65). Formålet er at sikre et behandlingsforløb, der er fagligt forsvarligt og samtidig skaber så lidt forstyrrelse i patientens liv som muligt. På engelsk betegnes tilgangen som *minimally disruptive medicine*, på dansk kunne man tale om *minimalt forstyrrende behandling*.

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om borgere i behandling og deres oplevede behandlingsbyrde. Det er derfor muligt at undersøge, om der f.eks. er grupper i befolkningen, som i særlig grad oplever en stor behandlingsbyrde.

Et andet vigtigt aspekt ved at have kronisk sygdom og være i hyppig kontakt med sundhedsvæsenet er behovet for at kunne læse information på medicinpakninger, at kunne spørge sundhedspersonalet til råds og bruge den information, man får, på en hensigtsmæssig måde. Problemer hermed kan ligeledes føre

til mangelfuld efterlevelse af optimal behandling med øget risiko for forringet helbred.

Hvordan har du det? 2017 indeholder oplysninger om borgernes sundhedskompetence, defineret som den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (66-67). Det gør det muligt at undersøge, hvilke grupper i befolkningen der i særlig grad oplever det som svært at anvende information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet.

I det følgende gives først en beskrivelse af borgere, der er i behandling, og dernæst af deres oplevede behandlingsbyrde. Der afsluttes med analyser af borgernes sundhedskompetence.

Borgere i behandling

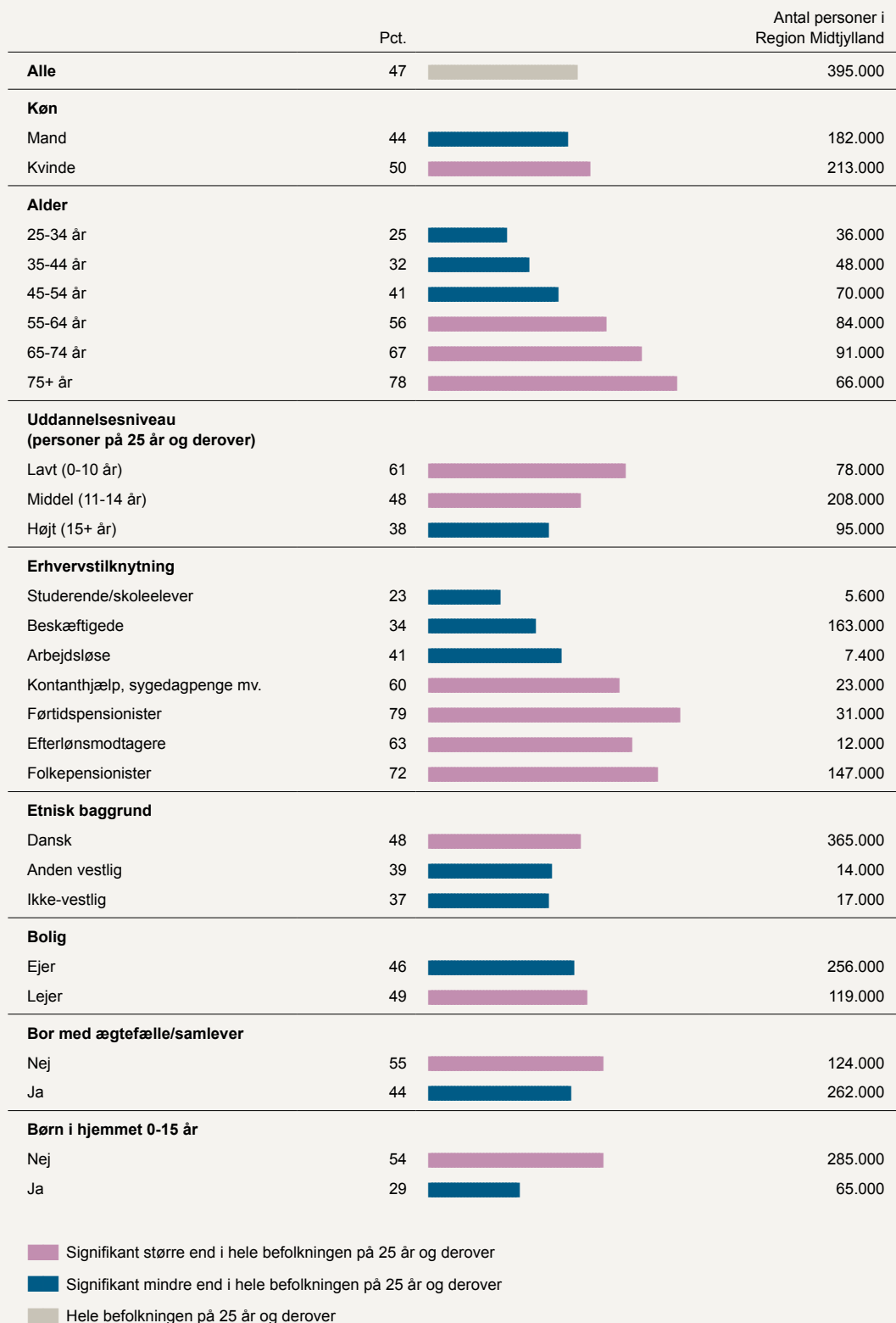
Hvorvidt en person er i behandling eller ej, er i *Hvordan har du det? 2017* belyst ved spørgsmålet: "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?" med svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover.

På tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fik knap halvdelen (47 %) af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland behandling eller medicin for en eller flere sygdomme eller gik til genoptræning eller regelmæssig kontrol (herefter benævnt 'behandling'). Det svarer til ca. 395.000 personer.

I det følgende opgøres omfanget af personer på 25 år og derover i behandling i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi, kronisk sygdom og multisygdom.

Figur 9.35

Borgere i behandling (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold



Borgere i behandling – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.35 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer i behandling blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. En større andel af kvinder end mænd er i behandling.

Alder. Andelen af personer i behandling stiger markant med alderen fra én ud af fire (25 %) blandt de 25-34-årige til mere end tre ud af fire (78 %) blandt personer på 75 år og derover. Sammenlignet med hele befolkningen er andelen i behandling mindre blandt de 25-54-årige og større blandt personer på 55 år og derover.

Uddannelsesniveau. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen i behandling: jo højere uddannelsesniveau, jo lavere andel. Blandt personer med højt uddannelsesniveau er andelen i behandling 38 %, mens andelen blandt personer med lavt uddannelsesniveau er 61 %.

Erhvervstilknytning. Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen i behandling. De mindste andele ses blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og arbejdsløse, mens de største andele ses blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister. Andelen er særligt høj blandt førtidspensionister, hvor knap fire ud af fem (79 %) er i behandling. Modsat ses den mindste andel på mindre end hver fjerde (23 %) blandt studerende/skoleelever.

Etnisk baggrund. Andelen i behandling er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund.





















Bolig. Andelen i behandling er større blandt personer, der bor i lejebolig, end blandt personer, der bor i ejerbolig.




Bor med ægtefælle/samlever. Andelen i behandling er markant større blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

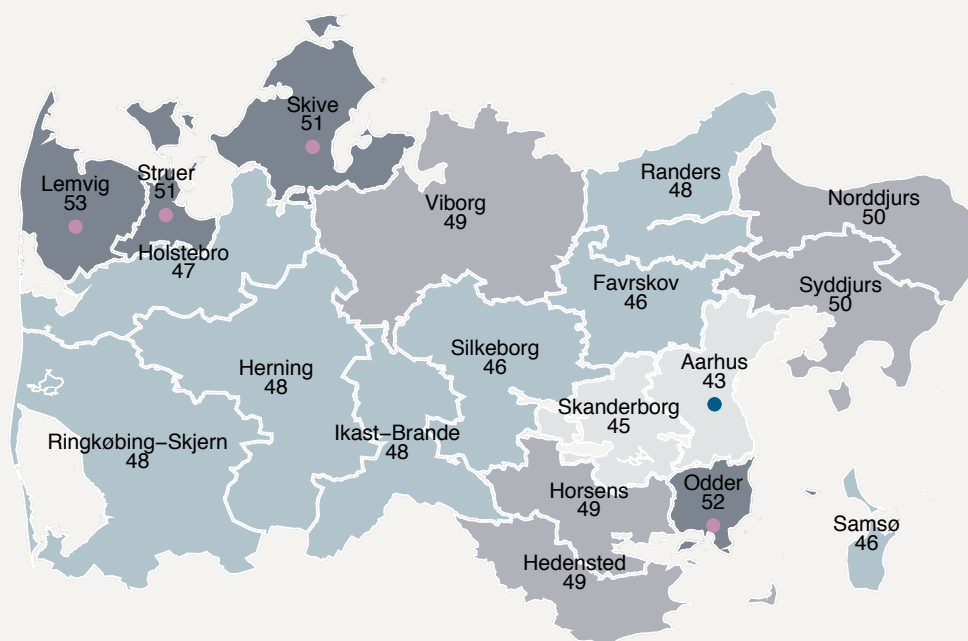
Børn i hjemmet. En markant større andel personer uden børn i hjemmet er i behandling, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Figur 9.36

Borgere i behandling (25 år og derover) – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Lemvig	53		7.400
Odder	52		7.600
Struer	51		7.400
Skive	51		16.000
Norddjurs	50		13.000
Syddjurs	50		14.000
Viborg	49		30.000
Horsens	49		28.000
Hedensted	49		15.000
Ikast-Brande	48		13.000
Herning	48		27.000
Randers	48		31.000
Ringkøbing-Skjern	48		18.000
Holstebro	47		18.000
Silkeborg	46		28.000
Samsø	46		1.300
Favrskov	46		14.000
Skanderborg	45		18.000
Aarhus	43		89.000
Region Midtjylland	47		395.000

-  Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover



Borgere i behandling – kommuner

Af figur 9.36 fremgår andelen af borgere på 25 år og derover i kommunerne, der er i behandling.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer i behandling i følgende kommuner:

- Lemvig
- Odder
- Struer
- Skive

I disse kommuner varierer andelen fra 51 % i Struer og Skive til 53 % i Lemvig.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel i behandling i Aarhus Kommune, hvor andelen udgør 43 %.

Figur 9.37

Borgere i behandling (25 år og derover) – kroniske sygdomme

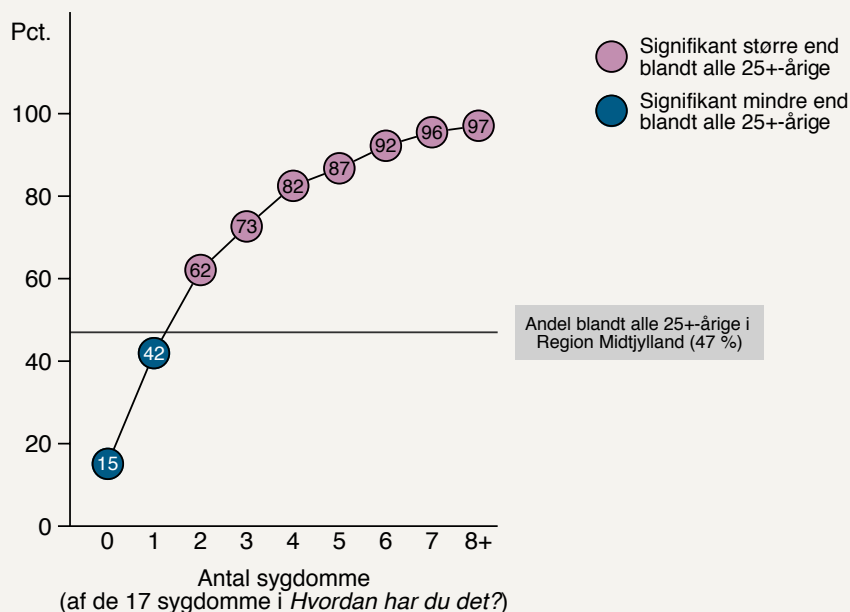
Kroniske sygdomme	Monosyge (1 sygdom)	Multisyge (2 eller flere sygdomme)	Monosyge (1 sygdom)	Multisyge (2 eller flere sygdomme)
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Diabetes	95	95	5.400	42.000
Knogleskørhed	81	89	3.300	30.000
Forhøjet blodtryk	73	88	22.000	121.000
Hjerte-kar-sygdomme*	73	91	2.500	32.000
Kræft	69	87	3.000	21.000
KOL	67	84	2.000	31.000
Astma	64	80	3.500	41.000
Leddegigt	60	74	2.300	40.000
Psykiske lidelser	57	73	11.000	57.000
Grå stær	41	82	1.400	30.000
Slidgigt	39	75	11.000	124.000
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme	36	73	7.200	77.000
Migræne, hyppig hovedpine	27	64	7.400	63.000
Allergi	22	63	11.000	73.000
Tinnitus	20	68	5.600	62.000

* Hjerte-kar-sygdomme = hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

- Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
- Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Figur 9.38

Borgere i behandling (25 år og derover) – antallet af kroniske sygdomme



Borgere i behandling – kronisk sygdom

Figur 9.37 viser, hvor stor en andel af borgerne på 25 år og derover med kronisk sygdom der var i behandling på tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen. For hver af de 17 sygdomme er personerne inddelt i grupperne monosyge og multisyge.

Formålet med opdelingen i monosyge og multisyge er at vise forskellen i andelen, der er i behandling, hos personer med en specifik sygdom, alt efter om der er tale om et enkelt sygdomsbillede eller et mere komplekst sygdomsbillede med flere kroniske sygdomme. Det skal understreges, at svarpersonerne ikke har oplyst, hvad de er i behandling for.

Af hensyn til antallet af respondenter i de monosyge grupper er de tre sygdomme: hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen slået sammen til én sygdomskategori (hjerte-kar-sygdomme).

Af figuren ses det, at der blandt de 17 grupper af monosyge er en meget stor variation i andelen af personer i behandling fra 20 % hos personer udelukkende med tinnitus til 95 % hos personer udelukkende med diabetes. Til sammenligning er andelen i behandling blandt alle personer på 25 år og derover 47 %.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer i behandling blandt personer med én af følgende sygdomme:

- Diabetes
- Knogleskørhed
- Forhøjet blodtryk
- Hjerte-kar-sygdomme
- Kræft
- KOL
- Astma
- Leddegigt
- Psykiske lidelser

Blandt personer, der kun har én af disse sygdomme, varierer andelen i behandling fra 57 % hos personer udelukkende med psykiske lidelser til 95 % hos personer udelukkende med diabetes.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant mindre andel af perso-

ner i behandling blandt personer med én af følgende sygdomme:

- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Allergi
- Tinnitus

Blandt personer, der kun har én af disse sygdomme, varierer andelen i behandling fra 20 % hos personer udelukkende med tinnitus til 39 % hos personer udelukkende med slidgigt.

Af figuren fremgår det også, at der ved samtlige grupper af multisyge personer er en signifikant større andel i behandling end blandt befolkningen på 25 år og derover som helhed. Andelen varierer fra 63 % blandt personer med allergi og en eller flere andre sygdomme til 95 % blandt personer med diabetes og en eller flere andre sygdomme.

De største andele i behandling, både blandt monosyge og multisyge, ses hos personer med potentielt livstruende sygdomme (bortset fra knogleskørhed, hvor der også er en stor andel i behandling).

Forskellen mellem andelen i behandling blandt monosyge og multisyge varierer meget på tværs af de 17 kroniske sygdomme. Den mindste forskel ses ved diabetes, hvor andelen i behandling er 95 %, uanset om diabetes er den eneste sygdom eller forekommer sammen med andre sygdomme. Den største forskel ses ved tinnitus, hvor andelen i behandling er næsten 2,5 gange så stor, når tinnitus forekommer sammen med andre sygdomme (68 %) frem for at optræde alene (20 %).

Af figur 9.38 fremgår det, at andelen i behandling stiger markant med antallet af kroniske sygdomme; fra 15 % blandt personer, der ikke har nogen af de 17 kroniske sygdomme, som indgår i *Hvordan har du det?*, til 97 % blandt personer med otte eller flere af sygdommene. Stigningen er størst ved at gå fra ingen til én sygdom, dernæst fra én til to sygdomme og bliver gradvis mindre i takt med antallet af sygdomme. Kun hos personer med ingen eller én af de 17 kroniske sygdomme er andelen i behandling signifikant mindre end andelen blandt hele befolkningen på 25 år og derover. Blandt alle multisyge er andelen i behandling signifikant større end blandt alle personer på 25 år og derover.

Behandlingsbyrde

Oplevelsen af behandlingsbyrde er i *Hvordan har du det? 2017* undersøgt ved brug af *Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire* (MTBQ).

MTBQ måler det besvær, som patienter oplever ved at skulle følge deres behandling. MTBQ er udviklet til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO).

MTBQ består af ti spørgsmål, der tilsammen danner en skala. Spørgsmålene er kun stillet til personer på 25 år og derover, der har svaret ja til spørgsmålet "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?".

I MTBQ spørges der "Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag? – Hvor besværligt er følgende for dig". Skalaens ti spørgsmål omfatter følgende forhold:

- Medicin (hente det, tage det, huske hvordan og hvornår)
- Kontakter med sundhedsvæsenet (aftale tider, have mange kontakter, komme til aftaler, som kan være besværligt grundet transport eller arbejde)
- Få klar og opdateret besked om sin helbredstilstand
- Gennemføre tilrådede livsstilsændringer
- Være afhængig af hjælp fra familie og venner

Svarmulighederne på spørgsmålene er 'Ikke besværligt', 'Lidt besværligt', 'Ret besværligt', 'Meget besværligt', 'Ekstremt besværligt' og 'Gælder ikke for mig'.

For hver person beregnes en gennemsnitlig score, hvis der er svaret på minimum 5 ud af de 10 spørgsmål. Efterfølgende beregnes en standardiseret score for alle respondenter, der går fra 0 til 100.

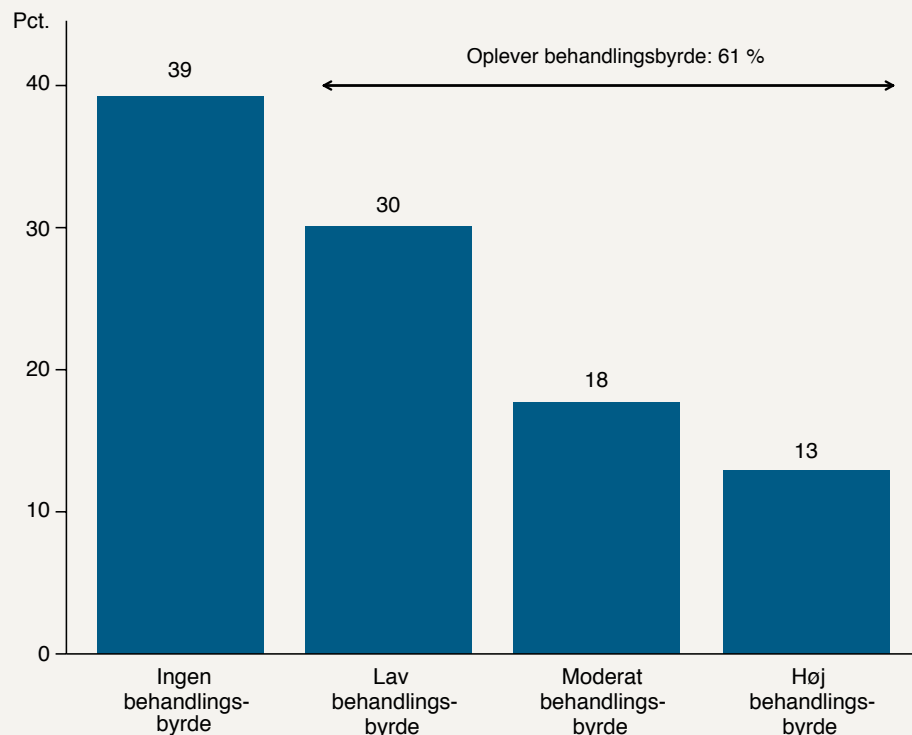
MTBQ er udviklet af Dr Chris Salisbury og Dr Polly Duncan ved *University of Bristol* i England som en videreudvikling af andre eksisterende skalaer til måling af behandlingsbyrde. Forfatterne har venligst stillet MTBQ til rådighed for *Hvordan har du det? 2017*.

Der er udført et engelsk valideringsstudie af MTBQ (68). På baggrund af resultaterne fra dette vurderes personer med en score på 22 eller derover til at opleve en høj behandlingsbyrde, mens personer med en score på 10 til knap 22 vurderes at opleve en moderat behandlingsbyrde. Det er disse to grupper, der fokuseres på i de følgende analyser.

Moderat og høj behandlingsbyrde opgøres i det følgende for alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, fordelt på køn, alder, sociale forhold, geografi og kronisk sygdom og multisygdom.

Figur 9.39

Andel med behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover)



























































Hvor mange i behandling oplever behandlingsbyrde?


Af figur 9.39 ses det, at knap to ud af fem (39 %) personer på 25 år og derover, der er i behandling, ikke oplever nogen byrde i forbindelse med at passe deres behandling. De resterende tre ud af fem (61 %) oplever en behandlingsbyrde i mindre eller større grad. Det svarer til ca. 236.000 personer.


Knap hver tredje person på 25 år og derover (30 %, svarende til 117.000 personer), der er i behandling, oplever en lav behandlingsbyrde, mellem hver femte og sjette (18 %, svarende til 69.000 personer) oplever en moderat behandlingsbyrde, og mellem hver syvende og ottende (13 %, svarende til 50.000 personer) oplever en høj behandlingsbyrde.

Figur 9.40

Behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	18 	13 	69.000	50.000
Køn				
Mand	18 	13 	32.000	23.000
Kvinde	18 	13 	37.000	27.000
Alder				
25-34 år	24 	22 	8.500	7.700
35-44 år	25 	20 	12.000	9.400
45-54 år	20 	17 	14.000	12.000
55-64 år	19 	11 	16.000	9.000
65-74 år	11 	6 	9.900	5.200
75+ år	14 	11 	9.200	6.900
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)	18 	16 	13.000	12.000
Middel (11-14 år)	17 	12 	35.000	25.000
Højt (15+ år)	19 	11 	18.000	10.000
Erhvervstilknytning				
Studerende/skoleelever	31 	24 	1.700	1.300
Beskæftigede	19 	11 	31.000	18.000
Arbejdsløse	27 	14 	2.000	1.100
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	25 	33 	5.600	7.400
Førtidspensionister	28 	30 	8.600	9.300
Efterlønsmodtagere	9 	4 	1.100	500
Folkepensionister	13 	8 	18.000	12.000
Etnisk baggrund				
Dansk	18 	12 	63.000	44.000
Anden vestlig	18 	15 	2.400	2.000
Ikke-vestlig	22 	30 	3.500	4.700
Bolig				
Ejer	16 	9 	41.000	24.000
Lejer	21 	20 	25.000	24.000
Bor med ægtefælle/samlever				
Nej	20 	17 	25.000	21.000
Ja	16 	11 	42.000	28.000
Børn i hjemmet 0-15 år				
Nej	17 	12 	47.000	33.000
Ja	23 	18 	14.000	12.000

 Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

 Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Moderat og høj behandlingsbyrde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.40 fremgår det, at sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *moderat behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-64 år
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Det ses endvidere af figur 9.40, at sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *høj behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen kønsforskel i andelen, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde.

Alder. Andelen med *moderat behandlingsbyrde* falder markant med alderen fra at omfatte hver fjerde blandt de 25-44-årige, der er i behandling, til godt hver tiende blandt de 65-74-årige og godt hver syvende blandt personer på 75 år og derover. Ligeledes ses et markant fald med alderen i andelen, der oplever en *høj behandlingsbyrde*. Det spænder fra 22 % blandt de 25-34-årige til 6 % blandt de 65-74-årige. Sidstnævnte gruppe er den eneste med høj behandlingsbyrde, der er signifikant mindre end blandt alle personer i behandling. De største andele ses blandt de 25-54-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen med *moderat behandlingsbyrde*. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der ses meget markante sammenhænge mellem erhvervstilknytning og andelen, der oplever en behandlingsbyrde. De mindste andele med *moderat behandlingsbyrde* ses blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister, mens andelen blandt de resterende grupper er større end blandt alle, der er i behandling. Ligeledes ses de mindste andele med *høj behandlingsbyrde* blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister, mens de største andele ses blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Det er således over halvdelen blandt de tre sidstnævnte grupper, der samlet oplever moderat eller høj behandlingsbyrde (54 % blandt studerende/skoleelever og 58 % blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. samt førtidspensionister). I modsætning hertil er det godt hver syvende (14 %) blandt efterlønsmodtagere, der samlet oplever *moderat* eller *høj behandlingsbyrde*.

Etnisk baggrund. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem etnisk baggrund og andelen med *moderat behandlingsbyrde*. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er markant større blandt personer med ikke-vestlig baggrund end blandt alle personer i behandling. Den mindste andel med *høj behandlingsbyrde* ses blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. Der er en større andel både med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* blandt personer i behandling, der bor i lejebolig, end blandt personer i behandling, der bor i ejerbolig. Forskellen mellem grupperne er særligt stor ved *høj behandlingsbyrde*.









































Bor med ægtefælle/samlever. Både andelen med *moderat* og med *høj behandlingsbyrde* blandt personer på 25 år og derover, der er i behandling, er større blandt dem, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt dem, der bor sammen med ægtefælle/samlever.




Børn i hjemmet. Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer i behandling, der bor med børn i hjemmet, end blandt dem, der ikke bor med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at de personer, der føler sig mest belastet af at være i behandling i form af at opleve en høj behandlingsbyrde, særligt er yngre personer, personer med ikke-vestlig baggrund og marginaliserede grupper i forhold til arbejdsmarkedet (modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister).

Figur 9.41

Moderat og høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – kommuner

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Ringkøbing-Skjern	16 	17 	2.800	3.000
Hedensted	19 	16 	2.800	2.300
Herning	17 	15 	4.600	4.000
Syddjurs	19 	15 	2.700	2.100
Horsens	18 	14 	4.800	3.800
Randers	15 	13 	4.800	4.100
Silkeborg	17 	13 	4.600	3.700
Struer	16 	13 	1.100	900
Skive	18 	13 	2.800	2.000
Ikast-Brande	19 	13 	2.400	1.600
Aarhus	19 	12 	16.000	11.000
Lemvig	15 	12 	1.100	900
Holstebro	18 	12 	3.100	2.100
Viborg	20 	12 	5.900	3.600
Samsø	19 	12 	200	100
Norddjurs	17 	11 	2.100	1.400
Skanderborg	18 	11 	3.200	1.900
Odder	18 	10 	1.400	700
Favrskov	17 	9 	2.300	1.300
Region Midtjylland	18 	13 	69.000	50.000

-  Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Moderat og høj behandlingsbyrde – kommuner

Figur 9.41 viser, at der ikke er nogen signifikante forskelle mellem kommunerne i andelen med *moderat behandlingsbyrde* blandt personer på 25 år og derover i behandling. Andelen med *høj behandlingsbyrde* varierer fra 9 % i Favrskov til 17 % i Ringkøbing-Skjern.

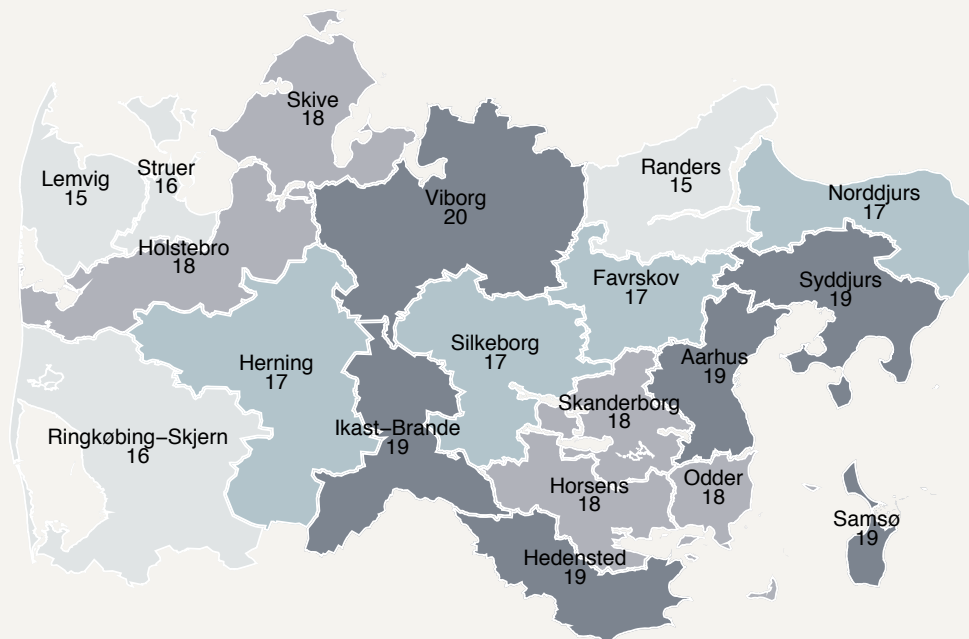
Sammenlignet med alle personer i behandling i Region Midtjylland er der en signifikant større andel med *høj behandlingsbyrde* i Ringkøbing-Skjern Kommune.

Sammenlignet med alle personer i behandling i Region Midtjylland er der en signifikant lavere andel med *høj behandlingsbyrde* i følgende kommuner:

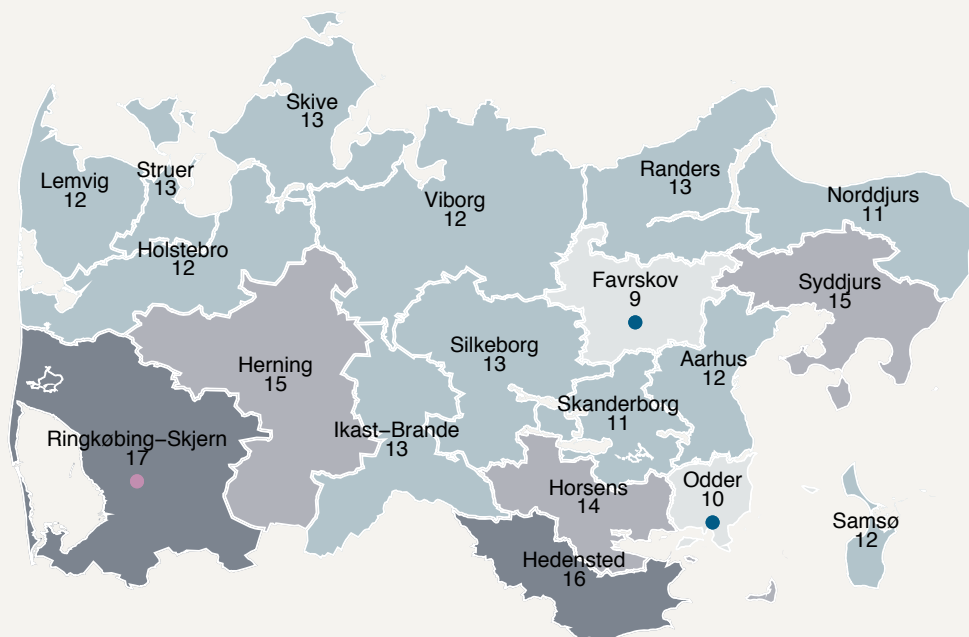
- Odder
- Favrskov

I disse kommuner ligger andelen på henholdsvis 10 % og 9 %.

Moderat behandlingsbyrde



Høj behandlingsbyrde



Figur 9.42

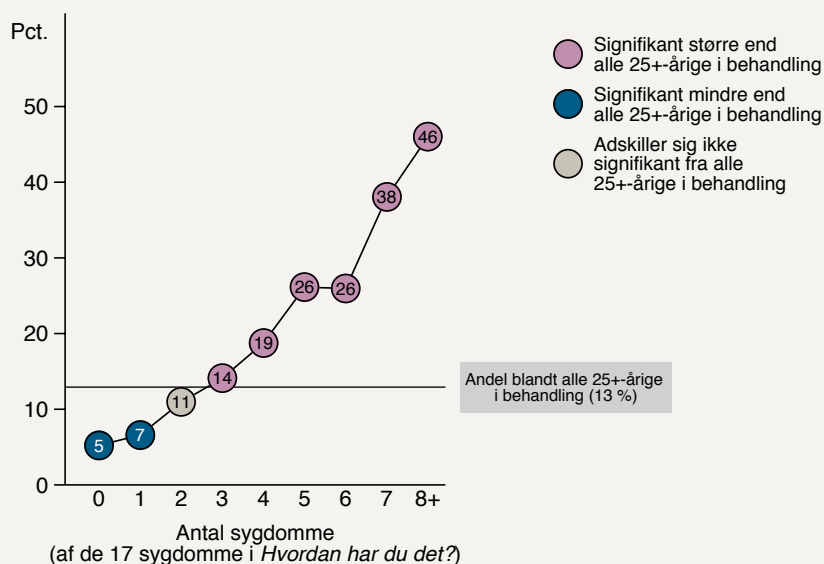
Moderat og høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – kroniske sygdomme

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingbyrde	Høj behandlingbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	18	13	69.000	50.000
Kroniske sygdomme				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	21	31	3.000	4.500
Psykiske lidelser	27	30	18.000	21.000
Blodprop i hjertet	23	28	2.400	2.900
Hjertekrampe	27	27	4.200	4.300
Migræne, hyppig hovedpine	24	24	17.000	17.000
Leddegigt	22	22	9.300	9.300
KOL	23	20	7.400	6.600
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	23	20	19.000	17.000
Diabetes	23	19	11.000	9.000
Astma	22	16	9.400	7.200
Kræft	17	16	3.900	3.800
Knogleskørhed	19	16	6.400	5.400
Allergi	20	16	17.000	13.000
Grå stær	17	16	5.100	4.800
Slidgigt	19	15	25.000	20.000
Tinnitus	19	15	13.000	9.700
Forhøjet blodtryk	18	12	25.000	17.000

- Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Figur 9.43

Andel med høj behandlingsbyrde blandt personer i behandling (25 år og derover) – antallet af kroniske sygdomme



Moderat og høj behandlingsbyrde – kronisk sygdom

Figur 9.42 viser, at der er store forskelle i andelen med moderat og høj behandlingsbyrde på tværs af de 17 kroniske sygdomme.

Sammenlignet med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *moderat behandlingsbyrde*, blandt personer med følgende kroniske sygdomme:

- Psykiske lidelser
- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Leddegigt
- KOL
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Diabetes
- Astma
- Allergi
- Slidgigt

Blandt disse sygdomsgrupper varierer andelen med *moderat behandlingsbyrde* fra 19 % hos personer med slidgigt til 27 % hos personer med psykiske lidelser eller hjertekrampe.

Andelen med *høj behandlingsbyrde* er signifikant større ved 16 ud af de 17 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*, sammenlignet med alle personer, der er i behandling. Forhøjet blodtryk er den eneste sygdom, hvor der ikke ses nogen forskel. Blandt de 16 sygdomme varierer andelen med *høj behandlingsbyrde* fra 15 % hos personer med tinnitus til 31 % hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Den samlede andel med moderat eller høj behandlingsbyrde blandt alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er 31 % (summen af andelen med moderat og høj behandlingsbyrde i figur 9.42). Ved 14 ud af de 17 sygdomme er den samlede andel med moderat eller høj behandlingsbyrde signifikant større end blandt alle personer i behandling (ikke vist). Blandt disse sygdomme varierer andelen fra 34 % hos personer med tinnitus eller slidgigt til 57 % hos personer med psykiske lidelser. De tre sygdomme, der ikke adskiller sig signifikant fra befolkningen som helhed, er personer med kræft, grå stær eller forhøjet blodtryk.

Ser man på antallet af personer med moderat eller høj behandlingsbyrde, er det særligt personer med psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, allergi, slidgigt eller forhøjet blodtryk, som udgør en stor andel.

Figur 9.43 viser, at der blandt alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er en positiv, tilnærmelsesvis lineær, sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der oplever en høj behandlingsbyrde (hvis man ser bort fra andelen blandt personer med seks kroniske sygdomme). Andelen med høj behandlingsbyrde varierer således fra 5 % blandt personer med ingen af de 17 kroniske sygdomme til 46 % blandt personer med otte eller flere kroniske sygdomme.

Sammenholdt med alle personer på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant mindre andel med høj behandlingsbyrde blandt personer med ingen eller én kronisk sygdom, mens der er en signifikant større andel blandt multisyge personer med tre eller flere kroniske sygdomme.

Sundhedskompetence

Sundhedskompetence (på engelsk: *health literacy*) handler først og fremmest om basale funktionelle færdigheder, såsom at kunne læse, forstå og handle på sundhedsrelateret information. Sundhedskompetence handler dog også om aktivt at kunne tage hånd om egen sundhed, at kunne vurdere den information, man får, at kunne samarbejde aktivt med sundhedspersonalet, at kunne navigere i et komplekst sundhedsvæsen og finde relevante informationer om sundhed (66-67).

Det er vigtigt at være opmærksom på den enkeltes evne til at tilegne sig viden, der er relevant for deres sundhed, og omsætte den til praktisk handling. Disse evner er et væsentligt element i forhold til en persons mulighed for at forebygge sygdom, tage vare på egen sundhed og følge en behandling, så vedkommende får optimalt udbytte af den. God kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale fordrer, at sundhedspersonalet tilpasser sin information til modtagerens forudsætninger (66).

Tidligere studier har vist, at personer med et lavt niveau af sundhedskompetence oftere har mere risikable sundhedsvaner (69-70), har en eller flere kroniske sygdomme (71), har et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud og et overforbrug af akutte behandlingstilbud (72) samt dør tidligere (73) end personer, der har et højt niveau af sundhedskompetence.

Ved at opnå en nuanceret viden om patientgruppers sundhedskompetence vil sundhedsvæsenet i højere grad kunne tilpasse information om f.eks. egenomsorg til personen med kronisk sygdom eller tilrettelægge forebyggelsestilbud, så personen i højere grad opnår livskvalitet og handlekompetencer i forhold til sin egen sundhed (74). Det er derfor væsentligt at identificere, hvad der kendetegner de patienter, der har begrænsede sundhedskompetencer.

Sundhedskompetencer beskrives i *Hvordan har du det?* med the *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. HLQ består af ni skalaer (44 spørgsmål), der belyser forskellige dimensioner af sundhedskompetencer (75). I samarbejde med Dr Richard H Osborne og den australske forskergruppe, der har udviklet HLQ, er der blevet udvalgt to skalaer fra det oprindelige HLQ-spørgeskema til at indgå i *Hvordan har du det?* i

Region Midtjylland. HLQ kan anvendes som PRO-mål, idet det gengiver borgernes egne erfaringer med at være patienter i sundhedsvæsenet.

Den første skala handler om at *læse og forstå information om sundhed*. Her er svarpersonerne blevet stillet fem spørgsmål om, hvorvidt de eksempelvis har svært ved at læse og forstå information på medicin-pakker, udfylde skemaer med sundhedsoplysninger og følge anvisninger fra sundhedspersonalet.

Den anden skala handler om at *kommunikere med sundhedspersonale*. Skalaen baseres ligeledes på fem spørgsmål. Her er svarpersonerne eksempelvis blevet spurgt om, hvorvidt de har svært ved at stille de nødvendige spørgsmål til sundhedspersonalet, have gode samtaler om helbredet med læger og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår helbredsproblemerne rigtigt.

Svarmulighederne på hvert enkelt af spørgsmålene er 'Meget svært', 'Svært', 'Let' og 'Meget let'. På baggrund af spørgsmålene beregnes en samlet score for hver person, der går fra 1 til 4, hvor en score på 2 eller derunder betyder, at personen har en lav sundhedskompetence.

Spørgsmålene om sundhedskompetence er kun blevet stillet til personer på 25 år og derover.

I det følgende opgøres det, hvor stor en andel af befolkning på 25 år og derover i Region Midtjylland der ud fra ovenstående beregningsmetode har lav sundhedskompetence, dvs. har svært eller meget svært ved henholdsvis at *læse og forstå information om sundhed* og *kommunikere med sundhedspersonale*. Andelen opgøres i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi og kronisk sygdom.

Sundhedskompetence – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.44 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *forstå information om sundhed*, blandt følgende grupper:

- Personer på 75 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Figur 9.44 viser yderligere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og at have svært ved at forstå information om sundhed, men en større andel af kvinder end mænd har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale.

Alder. Andelen af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, er størst blandt personer på 75 år eller derover og mindst blandt de 25-34-årige. Omvendt er den største andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt de 25-34-årige, og den mindste andel er blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og det at have svært ved at forstå information om sundhed. Således er der en betydelig mindre andel, der har svært ved at for-

stå information om sundhed, blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og en markant større andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Der er ligeledes en markant større andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med lavt uddannelsesniveau og en mindre andel blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, er blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Den mindste andel er blandt beskæftigede. De største andele af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, og den mindste andel er blandt beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har svært ved forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at det i særlig grad er personer med lavt uddannelsesniveau, personer med ikke-vestlig baggrund, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, som har svært ved eller meget svært ved både at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale.

De foregående opgørelser i kapitlet viste, at især personer med lavt uddannelsesniveau og førtidspensionister har en større forekomst af de enkelte kroniske sygdomme, og at de er mere multisyge. Det må derfor formodes, at en stor andel af netop disse grupper hyppigt har kontakt med sundhedsvæsenet, hvor de både skal forholde sig til og følge informationer om sundhed og behandling. Der ligger derfor en vigtig opgave i at tilpasse den sundhedsmæssige information til og kommunikation med ovenstående grupper, så de forstår de sundhedsmæssige budskaber korrekt og får det optimale udbytte af deres behandling.

Figur 9.44

Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Svært ved at forstå information om sundhed		Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale		Svært ved at forstå information om sundhed		Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	
	Pct.		Pct.		Personer		Personer	
Alle	5		7		37.000		59.000	
Køn								
Mand	5		6		19.000		26.000	
Kvinde	4		8		18.000		33.000	
Alder								
25-34 år	3		9		4.900		12.000	
35-44 år	4		8		5.900		11.000	
45-54 år	4		7		6.500		12.000	
55-64 år	4		7		6.400		10.000	
65-74 år	4		5		5.800		6.900	
75+ år	9		8		7.400		6.400	
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)								
Lavt (0-10 år)	12		12		15.000		15.000	
Middel (11-14 år)	4		7		17.000		30.000	
Højt (15+ år)	1		5		2.800		11.000	
Erhvervstilknytning								
Studerende/skoleelever	4		10		1.000		2.500	
Beskæftigede	3		6		12.000		28.000	
Arbejdsløse	6		10		1.100		1.700	
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	10		16		3.700		5.900	
Førtidspensionister	14		18		5.400		6.700	
Efterlønsmodtagere	2		5		400		1.000	
Folkepensionister	7		7		13.000		13.000	
Etnisk baggrund								
Dansk	4		7		31.000		52.000	
Anden vestlig	3		7		1.100		2.500	
Ikke-vestlig	12		11		5.200		4.500	
Bolig								
Ejer	3		6		18.000		31.000	
Lejer	7		11		17.000		26.000	
Bor med ægtefælle/samlever								
Nej	7		10		16.000		22.000	
Ja	3		6		20.000		36.000	
Børn i hjemmet 0-15 år								
Nej	5		8		26.000		40.000	
Ja	3		6		6.800		14.000	

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover


Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover


Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover


Figur 9.45

Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kommuner

	Svært ved at forstå information om sundhed		Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	
	Pct.		Pct.	
Viborg	6		9	
Randers	6		8	
Struer	6		6	
Lemvig	6		8	
Norddjurs	6		8	
Herning	5		8	
Ringkøbing-Skjern	5		7	
Hedensted	5		8	
Syddjurs	5		9	
Samsø	4		10	
Ikast-Brande	4		8	
Skive	4		7	
Horsens	4		8	
Silkeborg	4		6	
Holstebro	4		7	
Skanderborg	4		6	
Odder	4		8	
Aarhus	4		7	
Favrskov	3		5	
Region Midtjylland	5		7	

 Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover

 Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover

 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Sundhedskompetence – kommuner

Figur 9.45 viser andelen, der har svært ved henholdsvis at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, i kommunerne i Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at forstå information om sundhed, i følgende kommuner:

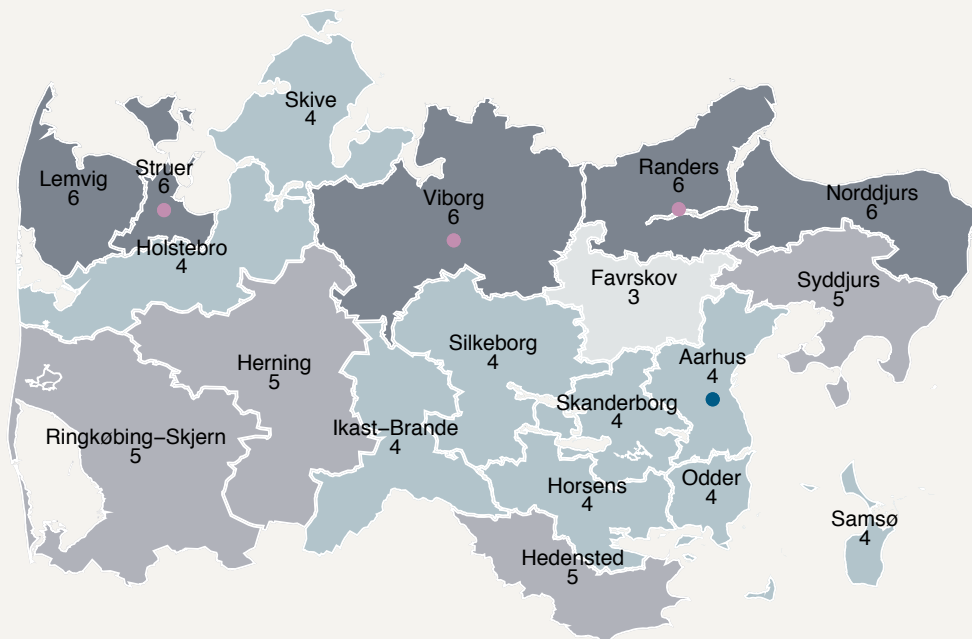
- Viborg
- Randers
- Struer

I disse kommuner ligger andelen på 6 %.

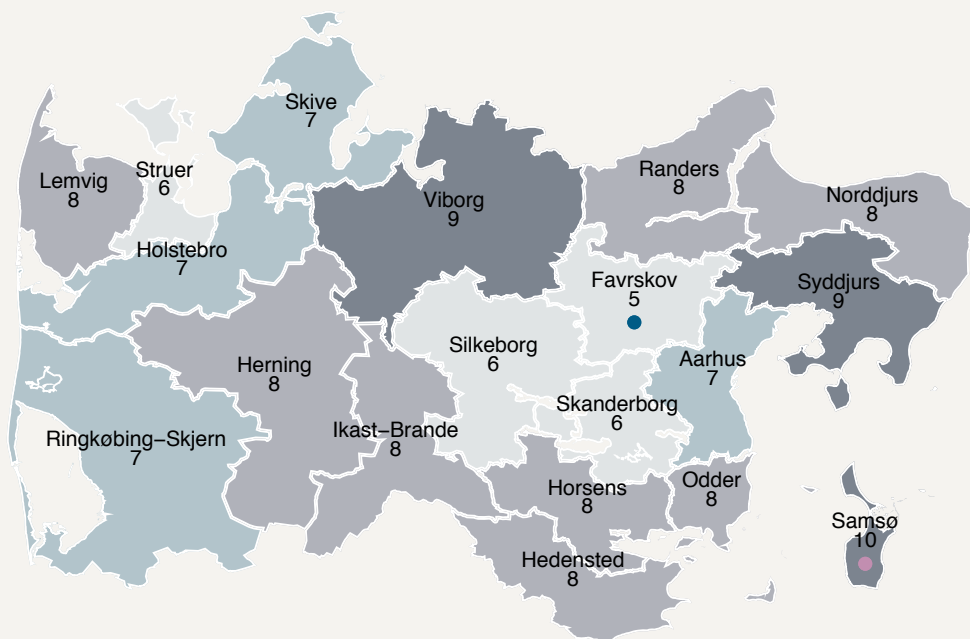
Omvendt er der en signifikant mindre andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, i Aarhus Kommune.

Sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i Samsø Kommune, hvor andelen er 10 %. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i Favrskov Kommune. Andelen ligger her på 5 %.

Svært ved at forstå information om sundhed


















































Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale



Figur 9.46

Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom

	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	Svært ved at forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Alle	5 	7 	37.000	59.000
Kroniske sygdomme				
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	19 	18 	3.100	2.900
Blodprop i hjertet	12 	13 	1.300	1.400
Knogleskørhed	12 	11 	4.400	4.200
Hjertekrampe	12 	15 	2.100	2.800
KOL	11 	14 	4.500	5.400
Psykiske lidelser	11 	18 	10.000	17.000
Leddegigt	10 	12 	5.800	6.900
Diabetes	9 	9 	4.600	4.400
Grå stær	9 	9 	3.600	3.600
Astma	7 	11 	4.100	6.400
Migræne eller hyppig hovedpine	7 	13 	9.100	16.000
Forhøjet blodtryk	7 	8 	12.000	13.000
Kræft	7 	9 	2.000	2.400
Slidgigt	7 	9 	13.000	17.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	6 	11 	7.900	13.000
Tinnitus	6 	9 	7.200	10.000
Allergi	5 	9 	7.800	14.000
Antallet af kroniske sygdomme				
Ingen af de 17 sygdomme	2 	4 	5.300	9.500
En sygdom	3 	6 	6.100	13.000
To-tre sygdomme	5 	9 	13.000	22.000
Fire+ sygdomme	12 	15 	12.000	15.000
	Multisygdom			
 Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover  Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover				

Sundhedskompetence – kronisk sygdom

Af figur 9.46 fremgår andelene, der har svært ved henholdsvis at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer på 25 år og derover med kroniske sygdomme.

For næsten alle de kroniske sygdomme gælder det, at der er større andele, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end i hele befolkningen.

Andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed, varierer fra 6 % blandt personer med diskusprolaps eller andre rygsygdomme og tinnitus til 19 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, varierer fra 9 % blandt personer med diabetes, grå stær, slidgigt, tinnitus og allergi til 18 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen og psykiske lidelser.

Figur 9.46 viser yderligere, at andelene, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, stiger med antallet af kroniske sygdomme. Således er de største andele, der har svært ved at forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med multisygdom. Andelene er især store blandt personer med fire eller flere sygdomme, hvor 12 % har svært ved at forstå information om sundhed, og 15 % har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale.

Sammenfatning

I kapitlet belyses forekomsten af 17 kroniske sygdomme opgjort som aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdom. Der skelnes mellem potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Forekomsten af kroniske sygdomme. Generelt dominerer de ikke-livstruende kroniske sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør otte ud af de ni hyppigst forekommende sygdomme i befolkningen. De hyppigst forekommende kroniske sygdomme er allergi og slidgigt, som hver især optræder hos hver femte borger. Dernæst kommer forhøjet blodtryk, som ses hos 18 % af befolkningen, og migræne/hyppig hovedpine, der ses hos 15 % af befolkningen. Desuden har 13 % diskusprolaps/andre ryggsygdomme, 12 % har en psykisk lidelse, 6 % har leddegigt, 5 % har diabetes, 4 % har KOL, 4 % har knogleskørhed, og 3 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft. De kroniske sygdomme, der har den laveste forekomst, er hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Fra 2010 til 2017 er andelen ved 12 ud af 16 sammenlignelige sygdomme steget. Ved hjertekrampe, blodprop i hjertet, KOL og astma er forekomsten dog uændret. Siden 2013 er andelen ved 11 ud af de 17 kroniske sygdomme steget. Forekomsten er dog uændret ved forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og grå stær.

Der er en højere forekomst af potentielt livstruende sygdomme hos mænd og en højere forekomst af ikke-livstruende sygdomme hos kvinder. Særligt slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd, hvorimod der eksempelvis ses højere forekomster af hjertekrampe, blodprop i hjertet og diabetes hos mænd end kvinder. For langt hovedparten af sygdommene øges forekomsten med stigende alder. Kun ved allergi, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine ses de mindste andele blandt de ældste borgere. Der er også en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kronisk sygdom. Især personer med et lavt uddannelsesniveau har en højere forekomst af samtlige sygdomme, bortset fra allergi og migræne/hyppig hovedpine, end i hele befolkningen. Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem kronisk sygdom og erhvervstilknøytning, hvor førtidspensionister har en

større andel af alle 17 sygdomme sammenholdt med befolkningen som helhed.

I adskillige kommuner ligner sygdomsprofilen overordnet set sygdomsprofilen i hele regionens befolkning. Dog adskiller særligt Aarhus Kommune sig ved at have en mindre andel af 12 ud af de 17 sygdomme end i regionen som helhed. Modsat ses en betydelig større sygdomsforekomst i Lemvig, Norddjurs, Skive, Struer og Samsø Kommune.

Fra 2010 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner, undtagen Horsens. Kun andelen med blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og astma er uændret i alle kommuner i perioden. Fra 2013 til 2017 har der været en øget forekomst af en eller flere kroniske sygdomme i samtlige 19 kommuner. Kun andelen med blodprop i hjertet, diabetes, astma og allergi er uændret i alle kommuner. Psykiske lidelser og tinnitus er de sygdomme, hvor andelen er steget i flest kommuner (12 ud af de 19 kommuner).

Sundhedsvaner og overvægt hos borgere med kronisk sygdom. Personer med kronisk sygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner (rygning, højrisikoforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet og usunde kostvaner) end personer uden kronisk sygdom. Det gælder i særdeleshed personer med KOL, som er den patientgruppe, der har mest risikable sundhedsvaner. Kun ved svær overvægt har de ikke den største andel, om end den er større end i befolkningen generelt. Derudover kan særligt nævnes personer med leddegigt, psykiske lidelser og hjerneblødning/blodprop i hjernen, hvor andelen ved samtlige risikable sundhedsvaner er større end i befolkningen generelt.

Der er samlet set en tendens til, at udviklingen i sundhedsvaner i de enkelte sygdomsgrupper går i samme retning som udviklingen i befolkningen, dog med enkelte undtagelser. Eksempelvis er andelen af dagligrygere ikke faldet blandt personer med KOL, kræft, hjertekrampe eller blodprop i hjertet i perioden fra 2013 til 2017, hvilket er tilfældet i befolkningen generelt. Blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen eller KOL er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol heller ikke faldet, sådan som det er tilfældet i hele befolkningen fra 2013 til 2017. I samme periode har der til gengæld været et markant fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/

blodprop i hjernen, mens andelen af fysisk inaktive er steget i befolkningen generelt. Andelen af svært overvægtige i samme sygdomsgruppe er dog steget betydeligt siden 2010.

Helbred og livskvalitet hos borgere med kronisk sygdom. SF-12-profiler af de 17 sygdomme viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom i alle tilfælde er bedre, hvis de kun har én sygdom frem for flere samtidige sygdomme. Der er dog variation mellem sygdommene. Specielt personer med blodprop i hjertet har en helbredsrelateret livskvalitet, der er meget nedsat som følge af dårligt fysisk helbred, uanset om sygdommen forekommer som den eneste sygdom eller ledsages af andre sygdomme. Modsat viser analyserne, ikke uventet, at personer med psykiske lidelser har en betydeligt nedsat helbredsrelateret livskvalitet som følge af dårligt mentalt helbred.

Blandt borgere med kronisk sygdom er der en større andel med nedsat arbejdsevne, svær ensomhed og depression sammenlignet med den generelle befolkning. Ligeledes har mange personer med kronisk sygdom brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Særligt blandt personer med hjerte-kar-sygdomme (hjerneblødning/blodprop i hjernen, blodprop i hjertet og hjertekrampe), KOL og knogleskørhed er der en stor andel med de nævnte problemer. Mere end halvdelen har nedsat arbejdsevne, omkring hver tiende eller flere oplever svær ensomhed og depression, og mere end to ud af fem har brug for hjælp i dagligdagen (dog 37 % blandt personer med KOL) i disse sygdomsgrupper.

Kontakten med sundhedsvæsenet. Kontakten med sundhedsvæsenet spiller en stor rolle for mange personer med kronisk sygdom. Vigtige aspekter i den forbindelse er borgernes sundhedskompetence (forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale) og behandlingsbyrde (det besvær, patienter oplever ved at skulle følge deres behandling). Lav sundhedskompetence og høj behandlingsbyrde kan gøre det svært for patienten at følge behandlingen, så efterlevelsen heraf bliver mangelfuld.

Knap halvdelen af borgerne på 25 år og derover (47 %) angiver, at de er i behandling. Andelen stiger markant med alderen og er desuden særlig stor blandt personer med lavt uddannelsesniveau, blandt førtidspensionister og blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. I disse grupper er det samtidig

mere end hver tiende, der har lav sundhedskompetence, og blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., der er i behandling, oplever mere end hver fjerde en moderat behandlingsbyrde og op til hver tredje en høj behandlingsbyrde. Det er særligt blandt yngre og midaldrende personer, der er i behandling, at en stor andel oplever en moderat eller høj behandlingsbyrde, mens andelen blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister er mindre end i befolkningen som helhed.

Dertil ses det, at hver femte eller flere med hjerte-kar-sygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen), psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, leddegigt, KOL og diskusprolaps/andre rygsygdomme, der er i behandling, oplever at have en høj behandlingsbyrde. Samtidig har mere end hver tiende person med disse sygdomme eller knogleskørhed svært ved at forstå information om sundhed og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Undersøgelsen peger således på, at sundhedskompetencen hos nogle patientgrupper er begrænset i en grad, hvor det kan være vanskeligt for dem aktivt at tage hånd om egen sundhed og navigere i et komplekst sundhedsvæsen, ligesom flere patientgrupper oplever en så stor behandlingsbyrde, at det kan have betydning for efterlevelsen af deres behandling.

Multisygdom. I alt to ud af fem borgere i Region Midtjylland er multisyge, idet de har to eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der er med i undersøgelsen. Andelen af multisyge er større blandt kvinder end mænd, stiger markant med alderen, falder med stigende uddannelsesniveau og ses især blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. Andelen varierer desuden på tværs af kommunerne fra 35 % i Aarhus til 46 % i Struer og Samsø Kommune.

Fra 2010 til 2017 er andelen, der er multisyge, steget fra 36 % til 40 % – en stigning, der dog primært er sket i perioden fra 2013 til 2017. Der har været en stigning i forekomsten af multisygdom hos både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper. Der har ligeledes været en stigning på tværs af uddannelsesniveau, men mest udtalt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau efterfulgt af personer med lavt uddannelsesniveau. Stigningen ses endvidere i hovedparten af kommunerne.

Personer med multisygdom har generelt mere risikable sundhedsvaner end befolkningen generelt, og den største forekomst af risikable sundhedsvaner ses blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Der er ingen sammenhæng mellem udviklingen i sundhedsvaner og antallet af kroniske sygdomme. Der er således ikke nogen tendens i retning af, at det f.eks. er personer uden sygdom eller de multisyge, der generelt har fået mere eller mindre risikable sundhedsvaner. Den største risikobelastning i form af mindst to risikable sundhedsvaner ses både i 2010, 2013 og 2017 hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og der er på tværs af de undersøgte perioder ikke sket nogen reduktion i denne belastning i forhold til resten af befolkningen.

Undersøgelsen viser, at personer med multisygdom generelt har det markant dårligere sammenlignet med personer, der kun har én kronisk sygdom. De har f.eks. en dårligere helbredsrelateret livskvalitet (både fysisk og mentalt). Desuden stiger andelen med nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, svær ensomhed og depression markant med antallet af kroniske sygdomme. Andelen, der oplever en høj behandlingsbyrde, og andelen med lav sundhedskompetence stiger ligeledes markant med antallet af sygdomme.

Samlet set peger undersøgelsens resultater på en række udfordringer for sundhedsvæsenet i forhold til borgere med kroniske sygdomme. *De/s* har mange borgere et komplekst sygdomsbillede i kraft af, at de har flere samtidige sygdomme. *De/s* har en betydelig andel af personer med kronisk sygdom risikable sundhedsvaner, der øger risikoen for forværring af helbredstilstanden og udvikling af nye sygdomme. *De/s* har især patienter med multisygdom en stærkt reduceret livskvalitet. *De/s* har nogle patienter en lav sundhedskompetence, og mange patienter i behandling oplever en stor behandlingsbyrde, hvilket kan føre til, at de har svært ved at følge deres behandling. *De/s* har mange patienter i den erhvervsaktive alder nedsat arbejdsevne, hvilket kan vanskeliggøre deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Indsatsen for bedre livskvalitet og patientforløb for borgere med kroniske sygdomme kræver derfor en helhedsorienteret tilgang, der tager hensyn til patienternes samlede situation både i forhold til behandling, livsstil og sociale forhold. Det er endvidere vigtigt med et samarbejde på tværs

af de forskellige dele af sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og blandt andet social- og beskæftigelsesområdet.

Referencer

- Danske Regioner. Sundhed for alle. Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2017.
- Madsen MH, Buch MS. Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- Finansministeriet. Patienten i Centrum; 2016. <https://www.fm.dk/nyheder/pressemeddelelser/2016/06/aftale-om-regionernes-oekonomi-i-2017> (januar 2018).
- Frølich A, Olesen F, Kristensen I, red. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.
- Region Midtjylland. Strategi for Region Midtjyllands rolle i Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Region Midtjylland, Sundhedsplanlægning; 2017.
- Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-74.
- Ørtenblad L, Meillier L, Jønsson A. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illness.* 2017; 0(0):1-12.
- Eton DT, Ramalho de Oliveira D, Egginton JS, et al. Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. *Patient Relat Outcome Meas.* 2012;3:39-49.
- Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. *PLoS One.* 2017;12(6):e0179916.
- Sánchez-Fidalgo S, Guzmán-Ramos MI, Galván-Banqueri M, et al. Prevalence of drug interactions in elderly patients with multimorbidity in primary care. *Int J Clin Pharm.* 2017;39: 343. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0439-1>.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 23. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464548/pdf/Bookshelf_NBK464548.pdf (januar 2018).
- European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 26. How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464580/pdf/Bookshelf_NBK464580.pdf (januar 2018).
- Tsiachristas A, van Ginneken E, Rijken M, eds. Integrated care for people living with multimorbidity. *Health Policy.* 2018;122(1):1-68.
- Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. København: Danske Regioner; 2017.
- Region Midtjylland. Klinik for Multisygdom, Regionshospitalet Silkeborg. <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/diagnostisk-center/afsnit-og-klinikker/klinik-for-multisygdom/> (januar 2018).
- Jung A, Glistrup L. Samme dag under samme tag. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen;* 2017;93(3):4-11.
- Region Sjælland. Medicinsk Fælles Ambulatorium, Holbæk Sygehus. <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/holbaeksygehus/afdelinger/medicinsk-afdeling/F%C3%A6llesambulatoriet/Sider/default.aspx> (januar 2018).
- European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 22. How to strengthen patient-centredness in caring for people with mulitmorbidty in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/pdf/Bookshelf_NBK464537.pdf (januar 2018).
- Sundheds- og Ældreministeriet. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet; 2016. <http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx> (januar 2018).

21. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, et al. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *J Health Serv Res Policy*. 2018;23(1):57-65.
22. Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet; 2017. http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf, (januar 2018).
23. Cella D, Hahn EA, Jensen SE, et al. Patient-reported outcomes in performance measurement. Durham: RTI Press; 2015.
24. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
25. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret; 2016. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/Tabel.aspx> (januar 2018).
26. Frølich A, Jacobsen R, Knai C. Denmark. In: Nolte E, Knai C, eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
27. Kræftens Bekæmpelse. Statistik om basalcelle- og pladecellekræft samlet (hudkræft); 2016 <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/huden/statistik+hudkraeft/statistik+basalcelle+og+pladecelle/> (januar 2018).
28. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, et al. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
29. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
30. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al., eds. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.
31. Global burden of disease, Denmark. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017. <http://www.healthdata.org/denmark> (januar 2018).
32. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
33. Region Midtjylland. Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. <https://www.rm.dk/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/forlobsprogrammer/> (januar 2018).
34. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, et al. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2011.
35. Violan C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Perez E, et al. Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity. *BMC Public Health*. 2013;13:251. doi: 10.1186/1471-2458-13-251.
36. Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK. *Diabet Med*. 2015;32(9):1119-20.
37. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom; 2016. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx> (januar 2018).
38. Danske Regioner. Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 14. december 2017 kl. 10.30. <http://www.regioner.dk/media/6453/08-dagsorden-for-moede-den-14-december-2017-i-danske-regioners-bestyrelse.pdf> (januar 2018).
39. Danske Regioner. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
40. Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Cardiovascular risk management in clinical practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2008;15:9-16.

41. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*. 2009;6(4):e1000058.
42. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med*. 2007;44:124-8.
43. Ware J, Snow K, Kosinski M, et al. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.
44. Sell L, Bültmann U, Rugulies R, et al. Predicting long-term sickness and early retirement pension from self-reported work ability. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82:1133-8. Erratum in: *Int Arch Occup Environ Health*. 2009 Oct;82(9):1139.
45. Lund T, Jensen C, Nielsen ML, et al. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv; 2003. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/sygefravaer.pdf> (januar 2018).
46. Waddell G, Burton K. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO; 2006.
47. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). *Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder*. Hvidbog. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA); 2008.
48. Ankestyrelsens statistikker. *Førtidspension. Årsstatistik 2016*. København: Ankestyrelsen; 2017.
49. Wæhrens EE, red. *Almindelig daglig levevis – ADL*. København: Munksgaard; 2015.
50. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 15(2):16065. doi: 10.1038/nrdp.2016.65.
51. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, et al. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. *J Youth Adolesc*. 2012;41(6):776-87.
52. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(1):137-50.
53. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006;21(1):140-51.
54. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
55. Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(8):805-11.
56. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010;25(1):132-41.
57. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
58. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc*. 2013;36(6):1295-304.
59. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol*. 2014;33(9):948-57.
60. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Med* 2010;7(7):1-20.
61. Statens Serum Institut, *National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom*. København: Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it; 2015.
62. Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*. 2011;68(4):387-420.

63. Bähler C, Huber C, Brüngger B, et al. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:23. doi: 10.1186/s12913-015-0698-2.
64. Shippee ND, Shah ND, May CR, et al. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:1041-51.
65. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ.* 2009;339:b2803. doi: 10.1136/bmj.b2803.
66. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje.* 2016;43(01):3-16.
67. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO; 2013.
68. Duncan P, Salisbury C, Murphy M, et al., eds. Development and validation of the multimorbidity treatment burden questionnaire. Warwick: SAPC ASM; 2017.
69. Friis K, Vind BD, Simmons RK, et al. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study. *J Diabetes Res.* 2016;2016:7823130.
70. Aaby A, Friis K, Christensen B, et al. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(17):1880-8.
71. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, et al. Gaps in understanding health and engagement with health-care providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009627.
72. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess.* 2011;199:1-941.
73. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012;344:e1602.
74. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, et al. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.
75. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.